



159, inciso I, alínea b e § 3º.

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º;

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

§ 14. Compete à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios e às entidades filantrópicas, bem como aos prestadores de serviços contratualizados que atendam, no mínimo, 60% (sessenta por cento) de seus pacientes pelo sistema único de saúde, para o cumprimento dos pisos salariais de que trata o § 12 deste artigo.

§ 15. Os recursos federais destinados aos pagamentos da assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios e às entidades filantrópicas, bem como aos prestadores de serviços contratualizados que atendam, no mínimo, 60% (sessenta por cento) de seus pacientes pelo sistema único de saúde, para o cumprimento dos pisos salariais de que trata o § 12 deste artigo serão consignados no orçamento geral da União com dotação própria e exclusiva.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização. (...) Grifei

Por sua vez, a Lei nº 8.080/90 estabelece o seguinte:

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.





Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º **O dever do Estado de garantir a saúde consiste** na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º **A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.**

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

XI - **conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;**

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

II - **administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;**

Art. 16. À direção nacional do SUS compete:

XIII - **prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;**

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

III - **prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente**





ações e serviços de saúde;

Art. 18. À direção municipal do SUS compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei





de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 4º **O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios.** Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos. Grifei





Já a Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, disciplina que:

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.





Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União. Grifei

Dos dispositivos aplicáveis à espécie ressalto que, precipuamente, compete ao Estado o dever de materializar o direito à saúde, conforme lhe atribuiu a Constituição da República Federativa do Brasil, proporcionando a todos os cidadãos melhores condições de vida, concretizando a realização da igualdade.

Essa é a regra!

A Constituição Federal realça a característica do Estado Social, garantidor das liberdades positivas, centrado na proteção dos hipossuficientes e na busca da igualdade material entre os homens, realizada por intermédio da implementação de políticas sociais e econômicas, que culminam em uma ação positiva, que na hipótese é realizada por meio do Sistema Único de Saúde, garantidor do direito à saúde, com base nos princípios da integralidade, equidade e universalidade a fim de dar assistência a toda população de forma integral, competindo ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, nos termos da lei.

O Sistema Único de Saúde – SUS, conjunto de ações e serviços de saúde, tem como característica a descentralização, sendo composto pelos entes federativos: União, Estados, Municípios e o Distrito Federal. Cada um desses entes tem responsabilidades específicas na organização e gestão do sistema, exercendo a administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde, além do fato de que os municípios possuem a responsabilidade pela execução das ações e serviços de saúde em suas localidades.

O SUS é financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes, sendo obrigatório aos entes a aplicação anualmente nos percentuais previstos na Lei Maior: no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15%; no caso dos Estados, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; no caso dos Municípios, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde são depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde. O Ministério da Saúde tem a atribuição de acompanhar a aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios, inclusive, sendo constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, aplicar as medidas previstas em lei. Além disso, as autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sábria a Constituição Federal, também previu que a Lei Complementar, que será





reavaliada a cada 5 anos, estabelecerá esses percentuais, os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde que serão destinados aos Estados e aos Municípios, bem como dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, justamente objetivando a progressiva redução das disparidades regionais que possam ocorrer.

Corroborando, à direção nacional do SUS compete prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional; já à direção estadual do SUS compete prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; por fim, à direção municipal do SUS compete planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde.

Por sua vez, a Lei nº 8.142/90 estabeleceu de forma clara que como os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados, bem como serão repassados aos Municípios.

Podemos concluir que **os repasses desses recursos para os municípios ocorrem por meio do "fundo a fundo"**, uma modalidade que busca descentralizar a gestão e conferir autonomia aos entes locais na implementação das políticas de saúde.

Contudo, ao contrário do que se possa imaginar, tais recursos não englobam o ressarcimento buscados e recebidos pela União dos entes privados quando o beneficiário do convênio se utiliza do SUS através de qualquer hospital **da rede municipal**, gerando um custo e ônus apenas para o Município, haja vista que os recursos "Fundo a Fundo" **destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde**, nos termos do Parágrafo Único do art. 2º da Lei 8.808/90.

Desse modo, os serviços de saúde podem ser executados diretamente pelo SUS, por meio da União, Estados e Municípios, ou de forma complementar, pela iniciativa privada, podendo, inclusive, os **Municípios (filantrópicos, fundacional ou diretamente)** ao celebrarem contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução.

Celebrado contrato ou convênio entre o Município e a iniciativa privada, os critérios e valores para a remuneração desses serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde, bem como a forma de reajuste e de pagamento da remuneração, que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados e o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

Ocorre que há carência no reajuste dos valores da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do SUS, proporcionalmente aos valores despendidos pela parte autora, gera um déficit financeiro ao Município também, cujos recursos são escassos, e cujas verbas já recebidas pela União têm destinação específicas, ocasionado, também, pelo aumento do custo de todos os procedimentos médico-hospitalares e demais insumos necessários a execução dos serviços prestados, prejudicando ainda mais o equilíbrio econômico-financeiro da relação jurídico-contratual, potencializando, assim, a ocorrência de prejuízos ao parceiro privado, o que, por conseguinte pode inviabilizar suas atividades empresariais e a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

Além disso, convém ressaltar que os valores dos procedimentos médico-





hospitales dispostos na chamada “Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP”, que, como se sabe, foi elaborada pela Agência Nacional de Saúde Complementar – ANS (Agência Reguladora Federal) com vistas à uniformização dos valores a serem ressarcidos ao SUS pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, evidenciam, ainda que implicitamente, que os valores dispostos na “Tabela de Procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS” **tornaram-se insuficientes para remunerar o prestador, seja ele privado ou municipal, que em parceria com o Poder Público complementa os serviços prestados pela rede pública de saúde à população em geral.**

Ora, como dito, do mesmo modo que ocorre com a instituição privada, embora a relação entre o autor e a União seja de natureza administrativa, **entendo que o Município autor também acaba absorvendo déficit financeiro em razão da defasagem dos valores da Tabela de Procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS prestados por suas unidades de saúde pública.**

Ante a relevância do serviço prestado pelo autor, mostra-se imprescindível o restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro, proporcionando a manutenção de seus objetivos sociais, assim como, conseqüentemente, o adequando repasse ao município, através da revisão dos valores estabelecidos na Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares, para garantir a efetiva qualidade de execução dos serviços prestados à população.

Nessa esteia, o Superior Tribunal de Justiça firmou compreensão que é possível o reajuste dos preços dos serviços médicos a fim de manter o equilíbrio financeiro, conforme se extrai do seguinte aresto:

ATO ADMINISTRATIVO OMISSIVO – REAJUSTE DO VALOR DE SERVIÇO PRESTADO AO SUS – EQUILÍBRIO FINANCEIRO DO CONTRATO. 1. Reavaliados os hospitais psiquiátricos da rede SUS, por ordem da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, surge a necessidade de reavaliação dos preços do serviço. 2. A Lei 8.666/93 (art. 65, § 6º) serve de base legal para o reajuste do contrato, a fim de manter seu equilíbrio financeiro. 3. Reajuste que deve observar, prioritariamente, os parâmetros estabelecidos em tabelas fornecidas pela Administração. 4. Segurança concedida. (MS 11.539/DF, Rel. Ministra ELIANA CALMON, PRIMEIRA SEÇÃO, julgado em 27/09/2006, DJ 06/11/2006, p. 290). Grifei

No mesmo sentido, segue o entendimento do TRF-1 sobre a matéria objeto da presente demanda:

ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE RITO ORDINÁRIO. CORREÇÃO DO VALOR DA TABELA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE TABELA SUS. DESEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO DA RELAÇÃO JURÍDICO-CONTRATUAL. VIOLAÇÃO AOS PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE, DA PROPORCIONALIDADE E DA ISONOMIA. POSSIBILIDADE DE APLICAÇÃO DA TABELA TUNEP OU IVR. PRELIMINARES REJEITADAS. SENTENÇA MANTIDA.





1. Nos termos do art. 26 c/c o art. 9º, I, da Lei nº 8.080/90, é da competência da União, por intermédio do Ministério da Saúde, estabelecer os critérios e os valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial. Na espécie, como se busca a correção da tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS, atribuição que é de competência da União, resta patente a legitimidade passiva deste ente para a causa, não cabendo falar em formação de litisconsórcio passivo necessário com Estado e Município. Preliminares rejeitadas. 2. A controvérsia cinge-se à possibilidade de revisão dos valores constantes da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde -SUS, tendo como base valores previstos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP, IVR ou outra tabela que a ANS utiliza para cumprir o fim previsto no art. 32 da Lei 9.656/98, com vistas à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro de relação jurídico-contratual de unidade hospitalar privada com a Administração Pública, em razão de sua atuação no âmbito da assistência complementar à saúde. 3. Se quando a rede pública presta serviços a pacientes beneficiários de planos de saúde privados, tais operadoras de plano de saúde realizam o ressarcimento da rede pública com base na tabela TUNEP, justo que, em atenção ao princípio da razoabilidade, proporcionalidade e isonomia, quando as unidades hospitalares privadas atuarem no âmbito da assistência complementar à rede pública de saúde, nos termos do § 1º do art. 199 da Constituição, o SUS venha a ressarcí-las com base nessa mesma tabela. (AC 1018549-31.2018.4.01.3400, Rel. Desembargador Federal Souza Prudente, Quinta Turma, julg. 24/06/2020). 4. Verificando-se manifesta discrepância entre os valores previstos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP, elaborada pela Agência Nacional de Saúde Complementar ANS para uniformização dos valores a serem ressarcidos ao SUS pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, e aqueles constantes da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde SUS, impõe-se a revisão dos valores dos serviços prestados pelo hospital privado em assistência complementar à saúde, de modo a preservar-se equilíbrio econômico-financeiro da relação contratual, sendo medida que se alinha aos princípios da isonomia, da razoabilidade e da proporcionalidade e que encontra amparo no art. 26 da Lei 8080/90. 5. Não prospera a alegação de não haver direito à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato por não ter a parte autora comprovado a existência de contrato administrativo formalizado perante a União, tendo em vista que foram colacionados aos autos documentos que comprovam a efetiva prestação de serviços de saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) por parte da autora. 6. Tampouco merece amparo o argumento da União de que não caberia a revisão do contrato à vista da possibilidade de o autor apenas desconstituir o vínculo contratual com a União, dado que tal alegação não soluciona a questão relativa ao desequilíbrio existente entre o que se paga e o que se recebe como pagamento pelos mesmos serviços prestados, de um lado, pela União, de outro, pelo particular. (AC 1007086-58.2019.4.01.3400, Rel. Desembargador Federal Jirair Aram Meguerian, Sexta Turma, julg. 01/06/2020). 7. Apelação da União e remessa necessária a que se nega provimento. 8. Honorários advocatícios, fixados na origem nos percentuais mínimos de cada faixa dos incisos do §3º do art. 85 do CPC, majorados em 2% (art. 85, §11, do CPC), a serem apurados na liquidação do julgado, nos termos do art. 85, §4º, II, do CPC. (AC 0016696-38.2017.4.01.3400, DESEMBARGADORA FEDERAL DANIELE MARANHÃO COSTA, TRF1 - QUINTA TURMA, PJe 06/08/2021 PAG.). Grifei





ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE RITO ORDINÁRIO. CORREÇÃO DO VALOR DA TABELA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE TABELA SUS. DESEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO DA RELAÇÃO JURÍDICO-CONTRATUAL. VIOLAÇÃO AOS PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE, DA PROPORCIONALIDADE E DA ISONOMIA. POSSIBILIDADE DE APLICAÇÃO DA TABELA TUNEP OU IVR. PRELIMINARES REJEITADAS. SENTENÇA MANTIDA.

1. Nos termos do art. 26 c/c o art. 9º, I, da Lei nº 8.080/90, é da competência da União, por intermédio do Ministério da Saúde, estabelecer os critérios e os valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial. Na espécie, como se busca a correção da tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS, atribuição que é de competência da União, resta patente a legitimidade passiva deste ente para a causa, não cabendo falar em formação de litisconsórcio passivo necessário com Estado e Município. Preliminares rejeitadas. 2. **A controvérsia cinge-se à possibilidade de revisão dos valores constantes da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde -SUS, tendo como base valores previstos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP, IVR ou outra tabela que a ANS utiliza para cumprir o fim previsto no art. 32 da Lei 9.656/98, com vistas à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro de relação jurídico-contratual de unidade hospitalar privada com a Administração Pública, em razão de sua atuação no âmbito da assistência complementar à saúde.** 3. **Se quando a rede pública presta serviços a pacientes beneficiários de planos de saúde privados, tais operadoras de plano de saúde realizam o ressarcimento da rede pública com base na tabela TUNEP, justo que, em atenção ao princípio da razoabilidade, proporcionalidade e isonomia, quando as unidades hospitalares privadas atuarem no âmbito da assistência complementar à rede pública de saúde, nos termos do § 1º do art. 199 da Constituição, o SUS venha a ressarcí-las com base nessa mesma tabela.** (AC 1018549-31.2018.4.01.3400, Rel. Desembargador Federal Souza Prudente, Quinta Turma, julg. 24/06/2020). 4. **Verificando-se manifesta discrepância entre os valores previstos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP, elaborada pela Agência Nacional de Saúde Complementar ANS para uniformização dos valores a serem ressarcidos ao SUS pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, e aqueles constantes da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde SUS, impõe-se a revisão dos valores dos serviços prestados pelo hospital privado em assistência complementar à saúde, de modo a preservar-se equilíbrio econômico-financeiro da relação contratual, sendo medida que se alinha aos princípios da isonomia, da razoabilidade e da proporcionalidade e que encontra amparo no art. 26 da Lei 8080/90.** 5. Não prospera a alegação de não haver direito à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato por não ter a parte autora comprovado a existência de contrato administrativo formalizado perante a União, tendo em vista que foram colacionados aos autos documentos que comprovam a efetiva prestação de serviços de saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) por parte da autora. 6. Tampouco merece amparo o argumento da União de que não caberia a revisão do contrato à vista da possibilidade de o autor apenas desconstituir o vínculo contratual com a União, dado que tal alegação não soluciona a questão relativa ao desequilíbrio existente entre o que se paga e o que se recebe como





pagamento pelos mesmos serviços prestados, de um lado, pela União, de outro, pelo particular. (AC 1007086-58.2019.4.01.3400, Rel. Desembargador Federal Jirair Aram Meguerian, Sexta Turma, julg. 01/06/2020). 7. Apelação da União e remessa necessária a que se nega provimento. 8. Honorários advocatícios, fixados na origem nos percentuais mínimos de cada faixa dos incisos do §3º do art. 85 do CPC, majorados em 2% (art. 85, §11, do CPC), a serem apurados na liquidação do julgado, nos termos do art. 85, §4º, II, do CPC. (AC 1025504-78.2018.4.01.3400, DESEMBARGADORA FEDERAL DANIELE MARANHÃO COSTA, TRF1 - QUINTA TURMA, PJe 28/07/2021 PAG.). Grifei

ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE RITO ORDINÁRIO. CORREÇÃO DO VALOR DA TABELA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE TABELA SUS. DESEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO DA RELAÇÃO JURÍDICO-CONTRATUAL. VIOLAÇÃO AOS PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE, DA PROPORCIONALIDADE E DA ISONOMIA. POSSIBILIDADE DE APLICAÇÃO DA TABELA TUNEP OU IVR. PRELIMINARES REJEITADAS. SENTENÇA MANTIDA.

1. Nos termos do art. 26 c/c o art. 9º, I, da Lei nº 8.080/90, é da competência da União, por intermédio do Ministério da Saúde, estabelecer os critérios e os valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial. Na espécie, como se busca a correção da tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS, atribuição que é de competência da União, resta patente a legitimidade passiva deste ente para a causa, não cabendo falar em formação de litisconsórcio passivo necessário com Estado e Município. Preliminares rejeitadas. 2. A controvérsia cinge-se à possibilidade de revisão dos valores constantes da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde -SUS, tendo como base valores previstos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP, IVR ou outra tabela que a ANS utiliza para cumprir o fim previsto no art. 32 da Lei 9.656/98, com vistas à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro de relação jurídico-contratual de unidade hospitalar privada com a Administração Pública, em razão de sua atuação no âmbito da assistência complementar à saúde. 3. Se quando a rede pública presta serviços a pacientes beneficiários de planos de saúde privados, tais operadoras de plano de saúde realizam o ressarcimento da rede pública com base na tabela TUNEP, justo que, em atenção ao princípio da razoabilidade, proporcionalidade e isonomia, quando as unidades hospitalares privadas atuarem no âmbito da assistência complementar à rede pública de saúde, nos termos do § 1º do art. 199 da Constituição, o SUS venha a ressarcí-las com base nessa mesma tabela. (AC 1018549-31.2018.4.01.3400, Rel. Desembargador Federal Souza Prudente, Quinta Turma, julg. 24/06/2020). 4. Verificando-se manifesta discrepância entre os valores previstos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP, elaborada pela Agência Nacional de Saúde Complementar ANS para uniformização dos valores a serem ressarcidos ao SUS pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, e aqueles constantes da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde SUS, impõe-se a revisão dos valores dos serviços prestados pelo hospital privado em assistência complementar à saúde, de modo a preservar-se equilíbrio econômico-financeiro da relação contratual, sendo medida que se alinha aos princípios da isonomia, da razoabilidade e da proporcionalidade e que





encontra amparo no art. 26 da Lei 8080/90. 5. Não prospera a alegação de não haver direito à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato por não ter a parte autora comprovado a existência de contrato administrativo formalizado perante a União, tendo em vista que foram colacionados aos autos documentos que comprovam a efetiva prestação de serviços de saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) por parte do autor. 6. Tampouco merece amparo o argumento da União de que não caberia a revisão do contrato à vista da possibilidade de o autor apenas desconstituir o vínculo contratual com a União, dado que tal alegação não soluciona a questão relativa ao desequilíbrio existente entre o que se paga e o que se recebe como pagamento pelos mesmos serviços prestados, de um lado, pela União, de outro, pelo particular. (AC 1007086-58.2019.4.01.3400, Rel. Desembargador Federal Jirair Aram Meguerian, Sexta Turma, julg. 01/06/2020). 7. Apelação da União e remessa necessária a que se nega provimento. 8. Honorários advocatícios fixados sobre o proveito econômico, nos percentuais mínimos de cada faixa dos incisos do §3º do art. 85 do CPC, a serem apurados na liquidação do julgado, nos termos do art. 85, §4º, II, do CPC, com majoração de 2% (art. 85, §11, do CPC). (AC 1042048-10.2019.4.01.3400, JUIZ FEDERAL ROBERTO CARLOS DE OLIVEIRA (CONV.), TRF1 - QUINTA TURMA, PJe 02/07/2021 PAG.). Grifei

REAJUSTE DA TABELA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES DO SUS. PRELIMINARES DE ILEGITIMIDADE PASSIVA DA UNIÃO E FORMAÇÃO DE LITISCONSÓRCIO PASSIVO NECESSÁRIO REJEITADAS. EQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO. NOTAS TÉCNICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. INEXISTÊNCIA DE DIREITO ADQUIRIDO A ÍNDICES ESPECÍFICOS. I - Nos termos do art. 26, caput, e respectivos §§ 1º e 2º, c/c o art. 9º, I, da Lei nº 8.080/90, compete à União Federal, por intermédio do Ministério da Saúde, estabelecer os critérios e os valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). II - Na espécie, em que se busca a correção da tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares do referido sistema, afigura-se manifesta a legitimidade passiva ad causam exclusiva da União Federal, não se vislumbrando, por conseguinte, a necessidade de formação de litisconsórcio passivo necessário com as demais unidades da federação. III Constatada, como no caso, a flagrante discrepância entre os valores previstos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP elaborada pela Agência Nacional de Saúde Complementar ANS para uniformização dos valores a serem ressarcidos ao SUS pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e aqueles constantes da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde SUS, impõe-se a uniformização de tais valores, de forma que, para um mesmo procedimento médico, no âmbito do SUS, o pagamento devido às unidades hospitalares que o efetuaram se realize pelo mesmo montante cobrado às operadoras de planos privados de assistência médica, prestigiando-se, assim, os princípios da razoabilidade, da proporcionalidade, da isonomia de tratamento e da segurança jurídica. IV - Apelação e remessa oficial desprovidas. Sentença confirmada. (AC 1018549-31.2018.4.01.3400, DESEMBARGADOR FEDERAL SOUZA PRUDENTE, TRF1 - QUINTA TURMA, PJe 01/07/2020 PAG.). Grifei





Por fim, a Suprema Corte, no julgamento do RE 666.094, reconheceu Repercussão Geral – Tema 1.033, sobre a presente matéria, *verbis*:

DIREITO CONSTITUCIONAL E SANITÁRIO. RECURSO EXTRAORDINÁRIO. RESSARCIMENTO DE UNIDADE PRIVADA DE SAÚDE. TABELA SUS. REPERCUSSÃO GERAL. 1. A decisão recorrida condenou o Distrito Federal a pagar a estabelecimento privado de saúde o valor referente a serviços prestados em cumprimento de ordem judicial. 2. Constitui questão constitucional relevante definir se a imposição de pagamento pelo Poder Público de preço arbitrado pela unidade hospitalar viola o regime de contratação pública da rede complementar de saúde (art. 199, §§ 1º e 2º, da CF/1988), ou se o ressarcimento com base em preço tabelado pelo SUS ofende princípios da ordem econômica. 3. Repercussão geral reconhecida. (RE 666094 RG, Relator(a): ROBERTO BARROSO, Tribunal Pleno, julgado em 21/02/2019, DJe-282 DIVULG 17-12-2019 PUBLIC 18-12-2019). Grifei

Ocorre que em **30.09.2021**, cujo Acórdão foi publicado em 04.02.2022, foi julgado o mérito do tema, sendo fixada a seguinte tese: “o ressarcimento de serviços de saúde prestados por unidade privada em favor de paciente do Sistema Único de Saúde, em cumprimento de ordem judicial, deve utilizar como critério o mesmo que é adotado para o ressarcimento do Sistema Único de Saúde por serviços prestados a beneficiários de planos de saúde”:

DIREITO CONSTITUCIONAL E SANITÁRIO. RECURSO EXTRAORDINÁRIO. REPERCUSSÃO GERAL. IMPOSSIBILIDADE DE ATENDIMENTO PELO SUS. RESSARCIMENTO DE UNIDADE PRIVADA DE SAÚDE. 1. Em razão da ausência de vaga na rede pública, decisão judicial determinou o atendimento de paciente em hospital privado, às expensas do Poder Público. Discute-se, no presente processo, o critério a ser utilizado para esse ressarcimento. 2. O acórdão recorrido fixou o reembolso no montante cobrado pelo estabelecimento hospitalar privado, que considerou ser o valor praticado no mercado. O Distrito Federal, por sua vez, postula no presente recurso que o valor do ressarcimento tenha como limite a Tabela do SUS. 3. A Constituição admite duas modalidades de execução de serviços de saúde por agentes privados: a complementar e a suplementar. A saúde complementar designa ações e serviços de saúde que a entidade privada pratica mediante convênio com o Poder Público e sujeitando-se às regras do SUS. 4. A saúde suplementar, por sua vez, abrange atividades de profissionais de saúde, clínicas, hospitais particulares e operadoras de planos de saúde que não têm uma relação negocial com o Poder Público, sujeitando-se, apenas, à regulação da Agência Nacional de Saúde – ANS. 5. O ressarcimento, segundo as diretrizes e valores do SUS, a um agente privado que não aderiu ao sistema público pela celebração de convênio, viola a livre iniciativa (CF, art. 170, caput) e a garantia de propriedade privada (CF, arts. 5º, XXII e 170, II). Por outro lado, a execução privada do serviço de saúde não afasta sua relevância pública (CF, art. 177). 6. Diante disso, é razoável que se adote, em relação ao ressarcimento da rede privada, o mesmo critério utilizado para ressarcimento do Sistema Único de Saúde por serviços prestados a beneficiários de planos de saúde.





Até dezembro de 2007, tal critério era a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP. Após, passou a ser a Tabela do SUS, ajustada de acordo com as regras de valoração do SUS e multiplicada pelo Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR. 7. Os valores de referência constantes da TUNEP, bem como o IVR multiplicador da Tabela do SUS, são fixados pela ANS, que tem o dever de atuar como árbitro imparcial do sistema. Naturalmente, sempre poderá ser feita uma avaliação da existência efetiva e razoabilidade dos tratamentos adotados. 8. Recurso extraordinário provido em parte, com a fixação da seguinte tese de julgamento: “O ressarcimento de serviços de saúde prestados por unidade privada em favor de paciente do Sistema Único de Saúde, em cumprimento de ordem judicial, deve utilizar como critério o mesmo que é adotado para o ressarcimento do Sistema Único de Saúde por serviços prestados a beneficiários de planos de saúde”. (RE 666094, Relator(a): ROBERTO BARROSO, Tribunal Pleno, julgado em 30/09/2021, PROCESSO ELETRÔNICO REPERCUSSÃO GERAL - MÉRITO DJe-020 DIVULG 03-02-2022 PUBLIC 04-02-2022). Grifei

Já em relação ao ressarcimento dos valores quando o beneficiário de um plano de saúde utiliza o serviço de saúde do SUS, verifico que há procedimento próprio a ser seguido tanto pelas entidades privadas, como também pela ANS até os recursos chegarem ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, nos termo da Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade e, simultaneamente, das disposições da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

- a) custeio de despesas;
- b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
- c) reembolso de despesas;





d) mecanismos de regulação;

e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e

f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.

Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas às suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32.

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS.

§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.

§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o 15º (décimo quinto) dia da data de recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS.

§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:

I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;

II - multa de mora de dez por cento.

§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.

§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.

§ 7º A ANS disciplinará o processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo, cabendo-lhe, inclusive, estabelecer procedimentos para cobrança dos valores a serem ressarcidos.

§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.





§ 9º Os valores a que se referem os §§ 3º e 6º deste artigo não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal. Grifei

Nesse caso, as entidades privadas, sejam hospitais, laboratórios, clínicas etc., são obrigadas a fornecer, periodicamente, à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares, e Municípios onde residem. Desse modo, cabe à ANS proceder ao ressarcimento dos serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS. Assim, o ressarcimento será efetuado pelas entidades privadas ao SUS (do qual é participe o Município), mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, até o 15º dia da data do recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS.

Não se está falando da responsabilidade constitucional solidária tripartite em matéria de saúde pública, como à primeira vista possa parecer.

É que, se o art. 32 da Lei nº 9.656/98 prevê o ressarcimento do ente privado ao SUS, a apropriação unilateral por parte da União Federal de toda a verba quando o serviço foi prestado na rede municipal, a revelar um atuar por parte da Administração contrário à norma que regulamenta uma das formas de arrecadação por parte do SUS, acaba por **onerar excessivamente o Município**, que arca sozinho com custos hospitalares e ambulatoriais prestados e comprovados na sua rede de atendimento, com recursos que já possuem destinação específica, como dito (Fundo a Fundo - Parágrafo Único do art. 2º da Lei 8.808/90).

Tanto é assim, que a própria União Federal admite que poderá haver um aumento do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade, ou **Teto MAC, disciplinado pela Portaria Ministerial n. 204/2007, quando o valor for insuficiente, o que é a tese do município-autor, eis que referida Portaria trata dos repasses à título de serviços hospitalares e ambulatoriais agora em grupos de financiamento.**

Importante ressaltar que os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos, bem como não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal.

Diante disso, evidencia-se o dever da União em efetuar o repasse ao município autor de todas as despesas médicas por ele suportadas quando suas unidades de saúde realizam atendimento de pacientes detentores de planos de saúde ao final do processo administrativo instaurado entre as operadoras de saúde e a ANS, haja vista que os valores são recolhidos aos cofres do Fundo Nacional de Saúde – FNS, bem como o seu dever de compartilhar em quotas iguais os valores ressarcidos ao Sistema Único de Saúde (SUS), que ocorre quando os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde são realizados em instituições privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do sistema público.





III – DISPOSITIVO

Forte em tais razões, **JULGO PROCEDENTES OS PEDIDOS** para **determinar** que a União promova em favor do Município-autor a revisão da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SUS, aplicando-se no mínimo a tabela TUNEP para os procedimentos existentes naquela tabela, ou na sua ausência o Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR, aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares que tenham valores defasados para com a tabela SUS; **determino** que a União repasse ao Município-autor a integralidade dos valores ressarcidos ao Sistema Único de Saúde (SUS), que ocorreu quando os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde foram realizados na rede hospitalar própria municipal, integrantes do sistema público, observando-se os limites dos contratos celebrados conforme artigo 32 da Lei nº 9.656/1998, atualmente ressarcidos exclusivamente a União; **determino**, ainda, que a União compartilhe em quotas iguais os valores ressarcidos ao Sistema Único de Saúde (SUS), que ocorre quando os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde são realizados em instituições privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do sistema público, observando-se os limites dos contratos celebrados, conforme artigo 32 da Lei 9.656/1998, atualmente ressarcidos exclusivamente a União.

Todas as determinações serão apuradas em sede de liquidação de sentença por arbitramento, nos termos dos arts. 491, § 1º e 509, inciso I, ambos do CPC.

CONDENO, ainda, a parte ré ao pagamento dos valores retroativos contados do ajuizamento da presente ação, respeitando a prescrição quinquenal, aplicando-se no mínimo a tabela TUNEP para os procedimentos existentes naquela tabela ou na sua ausência o Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR, aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares que tenham valores defasados para com a tabela SUS, por ser a primeira uma tabela mais recente, e apresentar um custo unitário mais atual, bem como o repasse ao município autor da integralidade dos valores ressarcidos ao Sistema Único de Saúde (SUS), que ocorreu quando os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde foram realizados na rede hospitalar própria municipal, integrantes do sistema público, observando-se os limites dos contratos celebrados conforme artigo 32 da Lei nº 9.656/1998, e de compartilhar em quotas iguais os valores ressarcidos ao Sistema Único de Saúde (SUS), que ocorre quando os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde são realizados em instituições privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do sistema público, observando-se os limites dos contratos celebrados, conforme artigo 32 da Lei 9.656/1998, cuja atualização monetária incidirá de acordo com os parâmetros fixados pelo Manual de Cálculos da Justiça Federal, tudo isso a ser apurado em liquidação de sentença.

Registro que, em fase de liquidação de sentença, deverá o autor apresentar os documentos referentes aos procedimentos médicos realizados e os respectivos valores, conforme as tabelas em comento, com o objetivo de individualizar os pagamentos que foram realizados a menor.

CONDENO a parte ré, ainda, na verba honorária de sucumbência, bem como em custas processuais em ressarcimento, devendo o percentual mínimo ser fixado após a liquidação do presente julgado, nos termos do art. 85, §§3º e 4º, II do CPC.





Civil.

Resolvo o mérito, nos termos do art. 487, inciso I, do Código de Processo

Sentença sujeita à remessa necessária.

Publique-se. Intimem-se.

Sentença registrada eletronicamente.

Brasília, assinado na data constante do rodapé.

(assinado digitalmente)

BRUNO ANDERSON SANTOS DA SILVA

Juiz Federal Substituto da 3ª Vara Federal/SJDF, no exercício da Titularidade.

[1] Art. 355. O juiz julgará antecipadamente o pedido, proferindo sentença com resolução de mérito, quando:

I - não houver necessidade de produção de outras provas;

[2] RE nº 631.240/MG.





Número: **1086636-63.2023.4.01.3400**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Federal Cível da SJDF**

Última distribuição : **31/08/2023**

Valor da causa: **R\$ 100.000,00**

Assuntos: **Reajuste da tabela do SUS**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado		
MUNICIPIO DE CAPELA (AUTOR)		DANIEL QUEIROGA GOMES (ADVOGADO)		
UNIÃO FEDERAL (REU)				
Documentos				
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo	Polo
212993390 7	29/05/2024 16:42	Sentença Tipo A	Sentença Tipo A	Interno



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL
Seção Judiciária do Distrito Federal
3ª Vara Federal Cível da SJDF

SENTENÇA TIPO "A"

PROCESSO: 1086636-63.2023.4.01.3400
CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
POLO ATIVO: MUNICIPIO DE CAPELA
REPRESENTANTES POLO ATIVO: DANIEL QUEIROGA GOMES - PE34962
POLO PASSIVO:UNIÃO FEDERAL

SENTENÇA

I – RELATÓRIO

Trata-se de **AÇÃO ORDINÁRIA** ajuizada pela **MUNICIPIO DE CAPELA/SE** em face da **UNIÃO**, em que pretende provimento jurisdicional *“Reconhecendo-se a enorme defasagem dos valores constantes da “Tabela de Procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS”, causadora do total desequilíbrio da equação econômico- financeira da relação jurídica existente entre a União-ré e o Município-autor, para que determine que a requerida promova uma revisão por equiparação dos valores de todos os itens dispostos na referida “Tabela”, aplicando-se no mínimo a tabela TUNEP para os procedimentos existentes naquela tabela ou na sua ausência o Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR, aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares que tenham valores defasados para com a tabela SUS, por ser a “TUNEP” uma tabela mais recente, e apresentar um custo unitário mais atual, observando-se, para tanto, a conclusão da liquidação de sentença a ser realizada nestes autos, a fim de resgatar o equilíbrio jurídico-financeiro, condenando, ainda, a Ré ao pagamento dos valores retroativos aos últimos 05 (cinco) anos, contados da data da propositura da presente demanda; Que a UNIÃO FEDERAL - RÉ, seja compelida a repassar ao Município-Autor a INTEGRALIDADE dos valores ressarcidos ao Sistema Único de Saúde (SUS), que ocorreu quando os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde foram realizados na rede hospitalar própria municipal, integrantes do sistema público, observando-se os limites dos contratos celebrados, conforme artigo 32 da Lei 9.656/1998, atualmente ressarcidos exclusivamente a União Federal, todos os valores recebidos nos últimos 05 (cinco) anos, contados da data da propositura da presente demanda; Que a*





UNIÃO FEDERAL - RÉ, seja compelida a compartilhar em quotas iguais os valores ressarcidos ao Sistema Único de Saúde (SUS), que ocorre quando os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde são realizados em instituições privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do sistema público, observando-se os limites dos contratos celebrados, conforme artigo 32 da Lei 9.656/1998, atualmente ressarcidos exclusivamente a União Federal, os valores recebidos nos últimos 05 (cinco) anos, contados da data da propositura da presente demanda; Alternativamente, entendendo não ser procedente os pedidos anteriores, que sejam julgados procedentes os pedidos autorais, para que, reconhecendo-se a enorme defasagem dos valores constantes da "Tabela de Procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS", causadora do total desequilíbrio da equação econômico- financeira da relação jurídica, para determinar que a União-ré promova uma revisão dos valores de todos os itens dispostos na referida "Tabela", observando-se, para tanto, a conclusão a que chegar a a conclusão da liquidação de sentença a ser realizada nestes autos, a fim de resgatar o equilíbrio econômica da avença, condenando, ainda, a requerida ao pagamento dos valores retroativos aos últimos 05 (cinco) anos, contados da data da propositura da presente demanda".

Informou que se faz necessário o ajuizamento da presente, na tentativa de comprovar que as unidades de saúde do Município de Capela/SE, como por exemplo o Hospital Geral de Referência Cirúrgicas Nossa Sra. da purificação, necessitam urgentemente do provimento jurisdicional, a fim restabelecer o equilíbrio econômico-financeiro da relação jurídica estabelecida entre o Município e a União.

Disse que os repasses realizados pela União em favor do Município são feitos Fundo a Fundo, ou seja, consistem em recursos financeiros advindos do Ministério da Saúde em favor do ente federativo responsável pela gestão das ações e dos serviços de saúde em âmbito local, a fim de realizar pagamentos aos fornecedores e prestadores de bens e serviços na área da saúde do Sistema Único de Saúde.

Alegou ter direito à revisão dos valores constantes da "Tabela de Procedimentos ambulatoriais e hospitalares do Sistema Único de Saúde – SUS", "Tabela" esta que, atualmente, é utilizada para o cálculo da remuneração dos serviços prestados pelos Hospitais Públicos, bem como receber sua quota parte do ressarcimento do SUS, pelos planos de saúde, valor este que a União Federal se apropriou integralmente.

Aduziu, ainda, ser flagrante a discrepância entre os valores previstos na "Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP" - elaborada pela Agência Nacional de Saúde Complementar - ANS para uniformização dos valores a serem ressarcidos ao SUS pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde - e aqueles constantes da "Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SUS". Assim, necessário que seja feito a uniformização de tais valores, de forma que, para um mesmo procedimento médico, no âmbito do SUS, o pagamento devido às unidades hospitalares que o realizaram se faça pelo mesmo montante cobrado às operadoras de planos privados de assistência médica, prestigiando-se, assim, os princípios da razoabilidade, da proporcionalidade, da isonomia de tratamento e da segurança jurídica.

Fundamentou também o seu pedido no art. 32 da Lei nº 9.656/98 que prevê: se um cliente do plano de saúde utilizar-se dos serviços do SUS, o Poder Público poderá cobrar do referido plano o ressarcimento que ele teve com essas despesas. Argumentou que o montante arrecadado é repassado ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), que é o gestor financeiro dos





recursos, sendo reaplicados em programas prioritários do Ministério da Saúde, quando na realidade deveria ser compartilhado em quotas iguais entre o sistema tripartite do SUS (União Federal, Estados e Municípios), visto que no compartilhamento de obrigações e despesas, temos que a União, nos termos do Art. 26 da Lei nº. 8.080/90, é responsável pelos critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial.

Sustentou que a União, quando recebe o ressarcimento das operadoras de planos de saúde, se apropria indevidamente de quota parte da receita do município, que inclusive, por vezes, foi o responsável por realizar o procedimento (ambulatorial ou hospitalar).

Destacou que, atualmente a 1ª Turma do STJ, nos autos do AREsp 2.067.898- DF, equivocadamente, tem determinado aos hospitais privados que pleiteiam a equiparação das tabelas SUS e TUNEP/IVR, que formem litisconsórcios passivos necessários com os entes Subnacionais, desconsiderando que dita responsabilidade é exclusiva da União, não existindo responsabilidade ou interesse na causa dos demais entes Subnacionais.

A inicial veio acompanhada de procuração e documentos.

Isento de custas.

Foi apresentada contestação, sendo aduzidas preliminares de ilegitimidade ativa do Município e passiva da União. No mérito requereu a improcedência dos pedidos.

Houve réplica.

O autor apresentou outras informações.

A União reiterou as manifestações anterior, pugnando pela improcedência.

É o que importava a relatar. **DECIDO.**

II – FUNDAMENTAÇÃO

O Processo comporta julgamento antecipado da lide, não havendo necessidade de dilação probatória, conforme disposição do art. 355, inciso I, do CPC ^[1].

a. Preliminar de ilegitimidade passiva e ativa *ad causam*

A preliminar de ilegitimidade passiva *ad causam* arguida pela União para figurar no polo passivo da presente demanda, não se coaduna com o entendimento deste juízo.

Nesse sentido, destaco o julgado da Suprema Corte, *in verbis*:





RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM AGRAVO (LEI Nº 12.322/2010) – EMBARGOS DE DECLARAÇÃO RECEBIDOS COMO RECURSO DE AGRAVO – RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DAS PESSOAS POLÍTICAS QUE INTEGRAM O ESTADO FEDERAL BRASILEIRO, NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) – COMPETÊNCIA COMUM DOS ENTES FEDERADOS (UNIÃO, ESTADOS-MEMBROS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS) EM TEMA DE PROTEÇÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE PÚBLICA E/OU INDIVIDUAL (CF, ART. 23, II) – DETERMINAÇÃO CONSTITUCIONAL QUE, AO INSTITUIR O DEVER ESTATAL DE DESENVOLVER AÇÕES E DE PRESTAR SERVIÇOS DE SAÚDE, TORNA AS PESSOAS POLÍTICAS RESPONSÁVEIS SOLIDÁRIAS PELA CONCRETIZAÇÃO DE TAIS OBRIGAÇÕES JURÍDICAS, O QUE LHE CONFERE LEGITIMAÇÃO PASSIVA “AD CAUSAM” NAS DEMANDAS MOTIVADAS POR RECUSA DE ATENDIMENTO NO ÂMBITO DO SUS – CONSEQUENTE POSSIBILIDADE DE AJUIZAMENTO DA AÇÃO CONTRA UM, ALGUNS OU TODOS OS ENTES ESTATAIS – PRECEDENTES – RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO. (ARE 825641 ED, Relator (a): Min. CELSO DE MELLO, Segunda Turma, julgado em 16/09/2014, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-194 DIVULG 03-10-2014 PUBLIC 06-10-2014). Grifei.

Ainda, evidenciando a legitimidade passiva da demandada na espécie, resalto o vínculo existente entre o Ministério da Saúde – MS, órgão que compõe a Administração Direta e a União, pessoa jurídica de direito público interno que, na própria contestação, indicou diversas Portarias editadas pelo referido órgão, em que realiza adequações na Tabela de procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS de acordo com prioridades estabelecidas com base em estudos técnicos, que avaliam o impacto das ações e serviços de saúde, ou seja, em caso de eventual procedência do pedido, seria a União, sim, através do MS, a competente para implementar tais reajustes.

Nesse mesmo diapasão, a jurisprudência firme do STJ, *verbis*:

PROCESSUAL CIVIL E ADMINISTRATIVO. CONTRATO ADMINISTRATIVO. SUS. LEGITIMIDADE DA UNIÃO. LISTICONSÓRCIO PASSIVO. DESNECESSIDADE. TABELA DA TUNEP. REAJUSTE. EQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO. REEXAME DE PROVAS. IMPOSSIBILIDADE. 1. Compete à União Federal, por intermédio do Ministério da Saúde, estabelecer os critérios e os valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2. Conforme jurisprudência pacífica desta Corte de Justiça, não há necessidade de formação de litisconsórcio passivo necessário com as demais unidades da Federação, visto que a responsabilidade pelo funcionamento do SUS é solidária, podendo a União figurar no polo passivo da lide, inclusive de forma isolada. 3. O Tribunal de origem expressamente reconheceu a discrepância entre os valores previstos na tabela TUNEP e aqueles praticados pela tabela do SUS, razão pela qual determinou o reajuste pretendido pela unidade hospitalar, sendo certo que a análise da pretensão demanda a incursão no acervo fático-probatório, providência inviável, em face da Súmula 7 do STJ. 4. Agravo interno desprovido. (Aglnt no AREsp n. 2.010.974/DF, relator Ministro Gurgel de Faria, Primeira Turma, julgado em 2/5/2022, DJe de 9/5/2022.). Grifei





Em caso análogo, o TRF1 manifestou-se acerca da legitimidade passiva da União nas ações que versam sobre reajuste da tabela SUS, vejamos:

ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE RITO ORDINÁRIO. CORREÇÃO DO VALOR DA TABELA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE TABELA SUS. DESEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO DA RELAÇÃO JURÍDICO-CONTRATUAL. VIOLAÇÃO AOS PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE, DA PROPORCIONALIDADE E DA ISONOMIA. POSSIBILIDADE DE APLICAÇÃO DA TABELA TUNEP OU IVR. PRELIMINARES REJEITADAS. SENTENÇA MANTIDA.

1. Nos termos do art. 26 c/c o art. 9º, I, da Lei nº 8.080/90, é da competência da União, por intermédio do Ministério da Saúde, estabelecer os critérios e os valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial. Na espécie, como se busca a correção da tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS, atribuição que é de competência da União, resta patente a legitimidade passiva deste ente para a causa, não cabendo falar em formação de litisconsórcio passivo necessário com Estado e Município. Preliminares rejeitadas. 2. A controvérsia cinge-se à possibilidade de revisão dos valores constantes da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde -SUS, tendo como base valores previstos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP, IVR ou outra tabela que a ANS utiliza para cumprir o fim previsto no art. 32 da Lei 9.656/98, com vistas à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro de relação jurídico-contratual de unidade hospitalar privada com a Administração Pública, em razão de sua atuação no âmbito da assistência complementar à saúde. 3. Se quando a rede pública presta serviços a pacientes beneficiários de planos de saúde privados, tais operadoras de plano de saúde realizam o ressarcimento da rede pública com base na tabela TUNEP, justo que, em atenção ao princípio da razoabilidade, proporcionalidade e isonomia, quando as unidades hospitalares privadas atuarem no âmbito da assistência complementar à rede pública de saúde, nos termos do § 1º do art. 199 da Constituição, o SUS venha a ressarcir-las com base nessa mesma tabela. (AC1018549-31.2018.4.01.3400, Rel. Desembargador Federal Souza Prudente, Quinta Turma, julg. 24/06/2020). 4. Verificando-se manifesta discrepância entre os valores previstos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP, elaborada pela Agência Nacional de Saúde Complementar ANS para uniformização dos valores a serem ressarcidos ao SUS pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, e aqueles constantes da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde SUS, impõe-se a revisão dos valores dos serviços prestados pelo hospital privado em assistência complementar à saúde, de modo a preservar-se equilíbrio econômico-financeiro da relação contratual, sendo medida que se alinha aos princípios da isonomia, da razoabilidade e da proporcionalidade e que encontra amparo no art. 26 da Lei 8080/90. 5. Não prospera a alegação de não haver direito à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato por não ter a parte autora comprovado a existência de contrato administrativo formalizado perante a União, tendo em vista que foram colacionados aos autos documentos que comprovam a efetiva prestação de serviços de saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) por parte da autora. 6. Tampouco merece amparo o argumento da União de que não caberia a revisão do contrato à vista da possibilidade de o autor apenas desconstituir o vínculo contratual com a União, dado que tal alegação não soluciona a questão relativa ao desequilíbrio





existente entre o que se paga e o que se recebe como pagamento pelos mesmos serviços prestados, de um lado, pela União, de outro, pelo particular. (AC 1007086-58.2019.4.01.3400, Rel. Desembargador Federal Jirair Aram Meguerian, Sexta Turma, julg. 01/06/ 2020). 7. Apelação a que se nega provimento. 8. Honorários advocatícios, fixados na origem nos percentuais mínimos de cada faixa dos incisos do §3º do art. 85 do CPC, majorados em 2% (art. 85, §11, do CPC), a serem apurados na liquidação do julgado, nos termos do art. 85, §4º, II, do CPC. (AC 1077340-85.2021.4.01.3400, DESEMBARGADORA FEDERAL DANIELE MARANHÃO COSTA, TRF1 - QUINTA TURMA, PJe 15/07/2022 PAG.). Grifei

Firmada essa compreensão, ressalto a atribuição estabelecida pela Constituição Federal à União, acerca da competência privativa para legislar sobre seguridade social. Vejamos:

Art. 22. Compete privativamente à União legislar sobre:

XXIII - seguridade social;

Assim sendo, no âmbito federal, os recursos financeiros destinados ao SUS, originários da Seguridade Social, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde, nos termos da lei nº 8.080/90, a seguir transcrito:

*Art. 31. **O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS)** de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias. [...]*

*§ 1º **Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.***
Grifei

Portanto, verifica-se que a gestão federal da saúde é realizada por meio do Ministério da Saúde, que formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações, o que ocorre de forma solidária e participativa entre os três entes da Federação, sendo a União a principal financiadora da rede pública de saúde.

Além disso, o entendimento da Suprema Corte anteriormente mencionado revela a desnecessidade da presença dos demais entes federados em litisconsórcio passivo necessário, uma vez que, nos termos do art. 275 do Código Civil, nada obsta que a responsabilidade seja exigida por inteiro de apenas um dos entes. Neste sentido, confira-se:

*[...]Precedentes do STJ e do STF" (AC 0030601-48.2010.4.01.3500/GO, Rel. Desembargador Federal Souza Prudente, Quinta Turma, e-DJF1 de 10/01/2014, p. 323). 3. **Não procede a preliminar de nulidade da sentença por ausência de***





litisconsórcio passivo necessário do Estado de São Paulo e do Município de Monte Mor uma vez que, da solidariedade entres os entes federativos não decorre o litisconsórcio passivo necessário, mas tão somente o facultativo, de modo que a parte pode ajuizar a ação contra a União, o Distrito Federal, os Estados e os Municípios sem que se caracterize nulidade (AC 0002356-16.2009.4.01.4000/PI, Rel. Desembargador Federal João Batista Moreira, Rel. Conv. Juiz Federal Marcelo Velasco Nascimento Albernaz, Quinta Turma, e-DJF1 p.156 de 14/01/2013; AGRAC 0020734-09.2007.4.01.3800/MG, Rel. Desembargador Federal João Batista Moreira, Quinta Turma, e-DJF1 p.280 de 12/04/2011). [...] (AC 0038610-42.2009.4.01.3400 / DF, Rel. DESEMBARGADOR FEDERAL NÉVITON GUEDES, QUINTA TURMA, e-DJF1 p.1018 de 08/09/2015) Destaquei. [...]5. Recurso Especial parcialmente conhecido e, nessa parte, desprovido. (STJ - REsp 1035819/CE, Rel. Ministro LUIZ FUX, PRIMEIRA TURMA, julgado em 19/10/2010, DJe 04/11/2010). Grifei

Em relação à **ilegitimidade ativa do município** arguida pela União, observo que o autor representa todas as unidades de saúde públicas situadas em seu território, conforme constam na base de dados da própria União.

Ademais, o Sistema Único de Saúde – SUS é um sistema de saúde baseado nos princípios da universalidade, integralidade e descentralização. Logo os municípios, como entes federativos, integram esse sistema e têm responsabilidade na execução das políticas de saúde em seus territórios.

É certo que os repasses de recursos da União para os municípios ocorrem através do “fundo a fundo”, buscando descentralizar a gestão e permitir que os entes locais tenham autonomia na implementação das ações de saúde. Mas, contrariamente à tese de ilegitimidade sustentada pela União, o município autor é parte legítima para pleitear o reajuste da Tabela SUS - TUNEP/IVR, na medida em que ele é responsável pela gestão e execução das ações e serviços de saúde em sua localidade, tornando-o um executor direto das políticas públicas de saúde, e, portanto, interessado na adequada remuneração pelos serviços prestados.

Além disso, a defasagem na Tabela SUS pode impactar diretamente a capacidade do município em fornecer serviços de saúde de qualidade à população, prejudicando o acesso aos cuidados necessários.

Ademais, o município, ao representar uma instituição de saúde, como uma Santa Casa por ex, atua de forma solidária na promoção da saúde, o que justifica sua legitimidade em pleitear ajustes que impactem diretamente os serviços prestados. Lembrando que essa atuação deve ser pautada na defesa do acesso universal à saúde e na garantia de recursos adequados para a prestação de serviços de qualidade.

Em sendo assim, o município é parte legítima para pleitear o reajuste da Tabela SUS - TUNEP/IVR, dada sua função como executor das políticas de saúde e representante direto das necessidades da população local.

Por fim, do mesmo modo em que é cabível a revisão dos valores constantes da “Tabela de Procedimentos ambulatoriais e hospitalares do Sistema Único de Saúde – SUS”, que tem como base a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP ou, na sua





ausência, o Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR, aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de unidades da rede privada que tenham valores defasados para com a tabela SUS, **igual raciocínio deve ser aplicado quando o município autor, representando suas unidades de saúde, realiza a prestação desses serviços à população, cujos valores dos repasses se encontram defasados.**

Quanto à preliminar de **ausência de interesse processual**, é de fundamental importância que a parte comprove a necessidade de procurar as vias judiciais, o que restou demonstrado no caso.

Ademais, a Constituição Federal consagrou em seu artigo 5º, inciso XXXV, que a *lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito*. Outrossim, não se aplica o entendimento do STF que, em sede de Repercussão Geral, assentou ser indispensável o prévio requerimento administrativo para pleitear benefício previdenciário, sob pena de se caracterizar a falta de interesse de agir da parte autora.

Acrescente-se que não é exigível o prévio exaurimento da via administrativa para que a parte ajuíze a ação, consoante jurisprudência pacífica do STF e do STJ, sendo verificado, ainda, que a parte requerida apresentou contestação, havendo resistência à pretensão do autor, razão pela qual subsiste o interesse processual no prosseguimento da demanda.

Portanto, **REJEITO** as questões preliminares arguidas pela ré.

a. Mérito

Busca o Município reconhecimento ao direito de revisão dos valores de todos os itens dispostos na “Tabela de Procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS”, em razão do desequilíbrio da equação econômico-financeira da relação jurídica existente entre ele e a União, aplicando-se no mínimo a tabela TUNEP para os procedimentos existentes naquela tabela ou na sua ausência o Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR, aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares que tenham valores defasados para com a tabela SUS, prestigiando-se, assim, os princípios da razoabilidade, da proporcionalidade, da isonomia de tratamento e da segurança jurídica.

Além disso, também pleiteia que a União seja obrigada a repassar ao Município a integralidade dos valores ressarcidos ao Sistema Único de Saúde (SUS), no caso de atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde realizados na rede hospitalar própria municipal, integrantes do sistema público, conforme artigo 32 da Lei 9.656/1998.

Da análise das alegações sustentadas nos autos, infiro que há harmonia entre o direito subjetivo pleiteado na inicial acerca do adequando reajuste da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SUS, e os princípios da razoabilidade, da proporcionalidade, da isonomia de tratamento e da segurança jurídica.

Ante a integração dos preceitos da Carta Magna de 1988, que possui um sistema unitário de regras e princípios, apreendo da sua interpretação que garantir a fruição do direito à saúde é de fundamental relevância para efetivar a dignidade da pessoa humana. Vide:





Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

III - a dignidade da pessoa humana;

Conforme já mencionado, o Sistema Único de Saúde – SUS é integrado também por Estados, Municípios e pelo Distrito Federal, os quais também ocupam a posição de financiadores do sistema, assim como a União, nos termos da Constituição Federal, *in verbis*:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento);

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º;

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;





§ 14. **Compete à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar** aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios e às entidades filantrópicas, bem como aos prestadores de serviços contratualizados que atendam, no mínimo, 60% (sessenta por cento) de seus pacientes pelo sistema único de saúde, para o cumprimento dos pisos salariais de que trata o § 12 deste artigo.

§ 15. Os recursos federais destinados aos pagamentos da assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios e às entidades filantrópicas, bem como aos prestadores de serviços contratualizados que atendam, no mínimo, 60% (sessenta por cento) de seus pacientes pelo sistema único de saúde, para o cumprimento dos pisos salariais de que trata o § 12 deste artigo serão consignados no orçamento geral da União com dotação própria e exclusiva.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização. (...) Grifei

Por sua vez, a Lei nº 8.080/90 estabelece o seguinte:

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, **as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.**

Art. 2º **A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.**

§ 1º **O dever do Estado de garantir a saúde consiste** na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 4º **O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).**





§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º **A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.**

Art. 7º **As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:**

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

Art. 8º **As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.**

Art. 10. **Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.**

Art. 15. **A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:**

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

Art. 16. **À direção nacional do SUS compete:**

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

Art. 17. **À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:**

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

Art. 18. **À direção municipal do SUS compete:**

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução

Art. 20. **Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.**

Art. 21. **A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.**



Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente





arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos. Grifei

Já a Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, disciplina que:

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos



Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União. Grifei

Dos dispositivos aplicáveis à espécie ressalto que, precipuamente, compete ao Estado o dever de materializar o direito à saúde, conforme lhe atribuiu a Constituição da República Federativa do Brasil, proporcionando a todos os cidadãos melhores condições de vida, concretizando a realização da igualdade.

Essa é a regra!

A Constituição Federal realça a característica do Estado Social, garantidor das





liberdades positivas, centrado na proteção dos hipossuficientes e na busca da igualdade material entre os homens, realizada por intermédio da implementação de políticas sociais e econômicas, que culminam em uma ação positiva, que na hipótese é realizada por meio do Sistema Único de Saúde, garantidor do direito à saúde, com base nos princípios da integralidade, equidade e universalidade a fim de dar assistência a toda população de forma integral, competindo ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, nos termos da lei.

O Sistema Único de Saúde – SUS, conjunto de ações e serviços de saúde, tem como característica a descentralização, sendo composto pelos entes federativos: União, Estados, Municípios e o Distrito Federal. Cada um desses entes tem responsabilidades específicas na organização e gestão do sistema, exercendo a administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde, além do fato de que os municípios possuem a responsabilidade pela execução das ações e serviços de saúde em suas localidades.

O SUS é financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes, sendo obrigatório aos entes a aplicação anualmente nos percentuais previstos na Lei Maior: no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15%; no caso dos Estados, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; no caso dos Municípios, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde são depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde. O Ministério da Saúde tem a atribuição de acompanhar a aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios, inclusive, sendo constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, aplicar as medidas previstas em lei. Além disso, as autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sábria a Constituição Federal, também previu que a Lei Complementar, que será reavaliada a cada 5 anos, estabelecerá esses percentuais, os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde que serão destinados aos Estados e aos Municípios, bem como dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, justamente objetivando a progressiva redução das disparidades regionais que possam ocorrer.

Corroborando, à direção nacional do SUS compete prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional; já à direção estadual do SUS compete prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; por fim, à direção municipal do SUS compete planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde.

Por sua vez, a Lei nº 8.142/90 estabeleceu de forma clara que como os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados, bem como serão repassados aos Municípios.





Podemos concluir que **os repasses desses recursos para os municípios ocorrem por meio do “fundo a fundo”**, uma modalidade que busca descentralizar a gestão e conferir autonomia aos entes locais na implementação das políticas de saúde.

Contudo, ao contrário do que se possa imaginar, tais recursos não englobam o ressarcimento buscados e recebidos pela União dos entes privados quando o beneficiário do convênio se utiliza do SUS através de qualquer hospital **da rede municipal**, gerando um custo e ônus apenas para o Município, haja vista que os recursos “Fundo a Fundo” **destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde**, nos termos do Parágrafo Único do art. 2º da Lei 8.808/90.

Desse modo, os serviços de saúde podem ser executados diretamente pelo SUS, por meio da União, Estados e Municípios, ou de forma complementar, pela iniciativa privada, podendo, inclusive, os **Municípios (filantrópicos, fundacional ou diretamente)** ao celebrarem contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução.

Celebrado contrato ou convênio entre o Município e a iniciativa privada, os critérios e valores para a remuneração desses serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde, bem como a forma de reajuste e de pagamento da remuneração, que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados e o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

Ocorre que há carência no reajuste dos valores da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do SUS, proporcionalmente aos valores despendidos pela parte autora, gera um déficit financeiro ao Município também, cujos recursos são escassos, e cujas verbas já recebidas pela União têm destinação específicas, ocasionado, também, pelo aumento do custo de todos os procedimentos médico-hospitalares e demais insumos necessários a execução dos serviços prestados, prejudicando ainda mais o equilíbrio econômico-financeiro da relação jurídico-contratual, potencializando, assim, a ocorrência de prejuízos ao parceiro privado, o que, por conseguinte pode inviabilizar suas atividades empresariais e a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

Além disso, convém ressaltar que os valores dos procedimentos médico-hospitalares dispostos na chamada “Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP”, que, como se sabe, foi elaborada pela Agência Nacional de Saúde Complementar – ANS (Agência Reguladora Federal) com vistas à uniformização dos valores a serem ressarcidos ao SUS pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, evidenciam, ainda que implicitamente, que os valores dispostos na “Tabela de Procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS” **tornaram-se insuficientes para remunerar o prestador, seja ele privado ou municipal, que em parceria com o Poder Público complementa os serviços prestados pela rede pública de saúde à população em geral.**

Ora, como dito, do mesmo modo que ocorre com a instituição privada, embora a relação entre o autor e a União seja de natureza administrativa, **entendo que o Município autor também acaba absorvendo déficit financeiro em razão da defasagem dos valores da Tabela de Procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS prestados por suas unidades de saúde pública.**





Ante a relevância do serviço prestado pelo autor, mostra-se imprescindível o restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro, proporcionando a manutenção de seus objetivos sociais, assim como, conseqüentemente, o adequando repasse ao município, através da revisão dos valores estabelecidos na Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares, para garantir a efetiva qualidade de execução dos serviços prestados à população.

Nessa esteia, o Superior Tribunal de Justiça firmou compreensão que é possível o reajuste dos preços dos serviços médicos a fim de manter o equilíbrio financeiro, conforme se extrai do seguinte aresto:

ATO ADMINISTRATIVO OMISSIVO – REAJUSTE DO VALOR DE SERVIÇO PRESTADO AO SUS – EQUILÍBRIO FINANCEIRO DO CONTRATO. 1. Reavaliados os hospitais psiquiátricos da rede SUS, por ordem da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, surge a necessidade de reavaliação dos preços do serviço. 2. A Lei 8.666/93 (art. 65, § 6º) serve de base legal para o reajuste do contrato, a fim de manter seu equilíbrio financeiro. 3. Reajuste que deve observar, prioritariamente, os parâmetros estabelecidos em tabelas fornecidas pela Administração. 4. Segurança concedida. (MS 11.539/DF, Rel. Ministra ELIANA CALMON, PRIMEIRA SEÇÃO, julgado em 27/09/2006, DJ 06/11/2006, p. 290). Grifei

No mesmo sentido, segue o entendimento do TRF-1 sobre a matéria objeto da presente demanda:

ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE RITO ORDINÁRIO. CORREÇÃO DO VALOR DA TABELA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE TABELA SUS. DESEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO DA RELAÇÃO JURÍDICO-CONTRATUAL. VIOLAÇÃO AOS PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE, DA PROPORCIONALIDADE E DA ISONOMIA. POSSIBILIDADE DE APLICAÇÃO DA TABELA TUNEP OU IVR. PRELIMINARES REJEITADAS. SENTENÇA MANTIDA. 1. Nos termos do art. 26 c/c o art. 9º, I, da Lei nº 8.080/90, é da competência da União, por intermédio do Ministério da Saúde, estabelecer os critérios e os valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial. Na espécie, como se busca a correção da tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS, atribuição que é de competência da União, resta patente a legitimidade passiva deste ente para a causa, não cabendo falar em formação de litisconsórcio passivo necessário com Estado e Município. Preliminares rejeitadas. 2. A controvérsia cinge-se à possibilidade de revisão dos valores constantes da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde -SUS, tendo como base valores previstos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP, IVR ou outra tabela que a ANS utiliza para cumprir o fim previsto no art. 32 da Lei 9.656/98, com vistas à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro de relação jurídico-contratual de unidade hospitalar privada com a Administração Pública, em razão de sua atuação no âmbito da assistência complementar à saúde. 3. Se quando a rede pública presta serviços a pacientes beneficiários de planos de saúde privados, tais operadoras de plano de saúde realizam o ressarcimento da rede pública com base na tabela TUNEP, justo que, em atenção ao princípio da razoabilidade,



proporcionalidade e isonomia, quando as unidades hospitalares privadas atuarem no âmbito da assistência complementar à rede pública de saúde, nos termos do § 1º do art. 199 da Constituição, o SUS venha a ressarcí-las com base nessa mesma tabela. (AC 1018549-31.2018.4.01.3400, Rel. Desembargador Federal Souza Prudente, Quinta Turma, julg. 24/06/2020). 4. Verificando-se manifesta discrepância entre os valores previstos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP, elaborada pela Agência Nacional de Saúde Complementar ANS para uniformização dos valores a serem ressarcidos ao SUS pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, e aqueles constantes da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde SUS, impõe-se a revisão dos valores dos serviços prestados pelo hospital privado em assistência complementar à saúde, de modo a preservar-se equilíbrio econômico-financeiro da relação contratual, sendo medida que se alinha aos princípios da isonomia, da razoabilidade e da proporcionalidade e que encontra amparo no art. 26 da Lei 8080/90. 5. Não prospera a alegação de não haver direito à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato por não ter a parte autora comprovado a existência de contrato administrativo formalizado perante a União, tendo em vista que foram colacionados aos autos documentos que comprovam a efetiva prestação de serviços de saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) por parte da autora. 6. Tampouco merece amparo o argumento da União de que não caberia a revisão do contrato à vista da possibilidade de o autor apenas desconstituir o vínculo contratual com a União, dado que tal alegação não soluciona a questão relativa ao desequilíbrio existente entre o que se paga e o que se recebe como pagamento pelos mesmos serviços prestados, de um lado, pela União, de outro, pelo particular. (AC 1007086-58.2019.4.01.3400, Rel. Desembargador Federal Jirair Aram Meguerian, Sexta Turma, julg. 01/06/2020). 7. Apelação da União e remessa necessária a que se nega provimento. 8. Honorários advocatícios, fixados na origem nos percentuais mínimos de cada faixa dos incisos do §3º do art. 85 do CPC, majorados em 2% (art. 85, §11, do CPC), a serem apurados na liquidação do julgado, nos termos do art. 85, §4º, II, do CPC. (AC 0016696-38.2017.4.01.3400, DESEMBARGADORA FEDERAL DANIELE MARANHÃO COSTA, TRF1 - QUINTA TURMA, PJe 06/08/2021 PAG.).
Grifei

ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE RITO ORDINÁRIO. CORREÇÃO DO VALOR DA TABELA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE TABELA SUS. DESEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO DA RELAÇÃO JURÍDICO-CONTRATUAL. VIOLAÇÃO AOS PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE, DA PROPORCIONALIDADE E DA ISONOMIA. POSSIBILIDADE DE APLICAÇÃO DA TABELA TUNEP OU IVR. PRELIMINARES REJEITADAS. SENTENÇA MANTIDA. 1. Nos termos do art. 26 c/c o art. 9º, I, da Lei nº 8.080/90, é da competência da União, por intermédio do Ministério da Saúde, estabelecer os critérios e os valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial. Na espécie, como se busca a correção da tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS, atribuição que é de competência da União, resta patente a legitimidade passiva deste ente para a causa, não cabendo falar em formação de litisconsórcio passivo necessário com Estado e Município. Preliminares rejeitadas. 2. A controvérsia cinge-se à



possibilidade de revisão dos valores constantes da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde -SUS, tendo como base valores previstos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP, IVR ou outra tabela que a ANS utiliza para cumprir o fim previsto no art. 32 da Lei 9.656/98, com vistas à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro de relação jurídico-contratual de unidade hospitalar privada com a Administração Pública, em razão de sua atuação no âmbito da assistência complementar à saúde. 3. Se quando a rede pública presta serviços a pacientes beneficiários de planos de saúde privados, tais operadoras de plano de saúde realizam o ressarcimento da rede pública com base na tabela TUNEP, justo que, em atenção ao princípio da razoabilidade, proporcionalidade e isonomia, quando as unidades hospitalares privadas atuarem no âmbito da assistência complementar à rede pública de saúde, nos termos do § 1º do art. 199 da Constituição, o SUS venha a ressarcí-las com base nessa mesma tabela. (AC 1018549-31.2018.4.01.3400, Rel. Desembargador Federal Souza Prudente, Quinta Turma, julg. 24/06/2020). 4. Verificando-se manifesta discrepância entre os valores previstos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP, elaborada pela Agência Nacional de Saúde Complementar ANS para uniformização dos valores a serem ressarcidos ao SUS pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, e aqueles constantes da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde SUS, impõe-se a revisão dos valores dos serviços prestados pelo hospital privado em assistência complementar à saúde, de modo a preservar-se equilíbrio econômico-financeiro da relação contratual, sendo medida que se alinha aos princípios da isonomia, da razoabilidade e da proporcionalidade e que encontra amparo no art. 26 da Lei 8080/90. 5. Não prospera a alegação de não haver direito à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato por não ter a parte autora comprovado a existência de contrato administrativo formalizado perante a União, tendo em vista que foram colacionados aos autos documentos que comprovam a efetiva prestação de serviços de saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) por parte da autora. 6. Tampouco merece amparo o argumento da União de que não caberia a revisão do contrato à vista da possibilidade de o autor apenas desconstituir o vínculo contratual com a União, dado que tal alegação não soluciona a questão relativa ao desequilíbrio existente entre o que se paga e o que se recebe como pagamento pelos mesmos serviços prestados, de um lado, pela União, de outro, pelo particular. (AC 1007086-58.2019.4.01.3400, Rel. Desembargador Federal Jirair Aram Meguerian, Sexta Turma, julg. 01/06/ 2020). 7. Apelação da União e remessa necessária a que se nega provimento. 8. Honorários advocatícios, fixados na origem nos percentuais mínimos de cada faixa dos incisos do §3º do art. 85 do CPC, majorados em 2% (art. 85, §11, do CPC), a serem apurados na liquidação do julgado, nos termos do art. 85, §4º, II, do CPC. (AC 1025504-78.2018.4.01.3400, DESEMBARGADORA FEDERAL DANIELE MARANHÃO COSTA, TRF1 - QUINTA TURMA, PJe 28/07/2021 PAG.).
Grifei

ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE RITO ORDINÁRIO. CORREÇÃO DO VALOR DA TABELA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE TABELA SUS. DESEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO DA RELAÇÃO JURÍDICO-



CONTRATUAL. VIOLAÇÃO AOS PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE, DA PROPORCIONALIDADE E DA ISONOMIA. POSSIBILIDADE DE APLICAÇÃO DA TABELA TUNEP OU IVR. PRELIMINARES REJEITADAS. SENTENÇA MANTIDA.

1. Nos termos do art. 26 c/c o art. 9º, I, da Lei nº 8.080/90, é da competência da União, por intermédio do Ministério da Saúde, estabelecer os critérios e os valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial. Na espécie, como se busca a correção da tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS, atribuição que é de competência da União, resta patente a legitimidade passiva deste ente para a causa, não cabendo falar em formação de litisconsórcio passivo necessário com Estado e Município. Preliminares rejeitadas. 2. A controvérsia cinge-se à possibilidade de revisão dos valores constantes da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde -SUS, tendo como base valores previstos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP, IVR ou outra tabela que a ANS utiliza para cumprir o fim previsto no art. 32 da Lei 9.656/98, com vistas à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro de relação jurídico-contratual de unidade hospitalar privada com a Administração Pública, em razão de sua atuação no âmbito da assistência complementar à saúde. 3. Se quando a rede pública presta serviços a pacientes beneficiários de planos de saúde privados, tais operadoras de plano de saúde realizam o ressarcimento da rede pública com base na tabela TUNEP, justo que, em atenção ao princípio da razoabilidade, proporcionalidade e isonomia, quando as unidades hospitalares privadas atuarem no âmbito da assistência complementar à rede pública de saúde, nos termos do § 1º do art. 199 da Constituição, o SUS venha a ressarcir-las com base nessa mesma tabela. (AC 1018549-31.2018.4.01.3400, Rel. Desembargador Federal Souza Prudente, Quinta Turma, julg. 24/06/2020). 4. Verificando-se manifesta discrepância entre os valores previstos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP, elaborada pela Agência Nacional de Saúde Complementar ANS para uniformização dos valores a serem ressarcidos ao SUS pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, e aqueles constantes da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde SUS, impõe-se a revisão dos valores dos serviços prestados pelo hospital privado em assistência complementar à saúde, de modo a preservar-se equilíbrio econômico-financeiro da relação contratual, sendo medida que se alinha aos princípios da isonomia, da razoabilidade e da proporcionalidade e que encontra amparo no art. 26 da Lei 8080/90. 5. Não prospera a alegação de não haver direito à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato por não ter a parte autora comprovado a existência de contrato administrativo formalizado perante a União, tendo em vista que foram colacionados aos autos documentos que comprovam a efetiva prestação de serviços de saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) por parte do autor. 6. Tampouco merece amparo o argumento da União de que não caberia a revisão do contrato à vista da possibilidade de o autor apenas desconstituir o vínculo contratual com a União, dado que tal alegação não soluciona a questão relativa ao desequilíbrio existente entre o que se paga e o que se recebe como pagamento pelos mesmos serviços prestados, de um lado, pela União, de outro, pelo particular. (AC 1007086-58.2019.4.01.3400, Rel. Desembargador Federal Jirair Aram Meguerian, Sexta Turma, julg. 01/06/2020). 7. Apelação da União e remessa necessária a que se nega provimento. 8. Honorários advocatícios fixados sobre o proveito econômico, nos percentuais mínimos de cada faixa dos incisos do §3º do art. 85 do CPC, a serem apurados na



liquidação do julgado, nos termos do art. 85, §4º, II, do CPC, com majoração de 2% (art. 85, §11, do CPC). (AC 1042048-10.2019.4.01.3400, JUIZ FEDERAL ROBERTO CARLOS DE OLIVEIRA (CONV.), TRF1 - QUINTA TURMA, PJe 02/07/2021 PAG.). Grifei

REAJUSTE DA TABELA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES DO SUS. PRELIMINARES DE ILEGITIMIDADE PASSIVA DA UNIÃO E FORMAÇÃO DE LITISCONSÓRCIO PASSIVO NECESSÁRIO REJEITADAS. EQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO. NOTAS TÉCNICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. INEXISTÊNCIA DE DIREITO ADQUIRIDO A ÍNDICES ESPECÍFICOS. I - Nos termos do art. 26, caput, e respectivos §§ 1º e 2º, c/c o art. 9º, I, da Lei nº 8.080/90, compete à União Federal, por intermédio do Ministério da Saúde, estabelecer os critérios e os valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). II - Na espécie, em que se busca a correção da tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares do referido sistema, afigura-se manifesta a legitimidade passiva ad causam exclusiva da União Federal, não se vislumbrando, por conseguinte, a necessidade de formação de litisconsórcio passivo necessário com as demais unidades da federação. III Constatada, como no caso, a flagrante discrepância entre os valores previstos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP elaborada pela Agência Nacional de Saúde Complementar ANS para uniformização dos valores a serem ressarcidos ao SUS pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e aqueles constantes da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde SUS, impõe-se a uniformização de tais valores, de forma que, para um mesmo procedimento médico, no âmbito do SUS, o pagamento devido às unidades hospitalares que o efetuaram se realize pelo mesmo montante cobrado às operadoras de planos privados de assistência médica, prestigiando-se, assim, os princípios da razoabilidade, da proporcionalidade, da isonomia de tratamento e da segurança jurídica. IV - Apelação e remessa oficial desprovidas. Sentença confirmada. (AC 1018549-31.2018.4.01.3400, DESEMBARGADOR FEDERAL SOUZA PRUDENTE, TRF1 - QUINTA TURMA, PJe 01/07/2020 PAG.). Grifei

Por fim, a Suprema Corte, no julgamento do RE 666.094, reconheceu Repercussão Geral – Tema 1.033, sobre a presente matéria, *verbis*:

DIREITO CONSTITUCIONAL E SANITÁRIO. RECURSO EXTRAORDINÁRIO. RESSARCIMENTO DE UNIDADE PRIVADA DE SAÚDE. TABELA SUS. REPERCUSSÃO GERAL. 1. A decisão recorrida condenou o Distrito Federal a pagar a estabelecimento privado de saúde o valor referente a serviços prestados em cumprimento de ordem judicial. 2. Constitui questão constitucional relevante definir se a imposição de pagamento pelo Poder Público de preço arbitrado pela unidade hospitalar viola o regime de contratação pública da rede complementar de saúde (art. 199, §§ 1º e 2º, da CF/1988), ou se o ressarcimento com base em preço tabelado pelo SUS ofende princípios da ordem econômica. 3. Repercussão geral reconhecida. (RE 666094 RG, Relator(a): ROBERTO BARROSO, Tribunal Pleno, julgado em 21/02/2019, DJe-282 DIVULG 17-12-2019 PUBLIC 18-12-2019). Grifei





Ocorre que em **30.09.2021**, cujo Acórdão foi publicado em 04.02.2022, foi julgado o mérito do tema, sendo fixada a seguinte tese: “o ressarcimento de serviços de saúde prestados por unidade privada em favor de paciente do Sistema Único de Saúde, em cumprimento de ordem judicial, deve utilizar como critério o mesmo que é adotado para o ressarcimento do Sistema Único de Saúde por serviços prestados a beneficiários de planos de saúde”:

DIREITO CONSTITUCIONAL E SANITÁRIO. RECURSO EXTRAORDINÁRIO. REPERCUSSÃO GERAL. IMPOSSIBILIDADE DE ATENDIMENTO PELO SUS. RESSARCIMENTO DE UNIDADE PRIVADA DE SAÚDE. 1. Em razão da ausência de vaga na rede pública, decisão judicial determinou o atendimento de paciente em hospital privado, às expensas do Poder Público. Discute-se, no presente processo, o critério a ser utilizado para esse ressarcimento. 2. O acórdão recorrido fixou o reembolso no montante cobrado pelo estabelecimento hospitalar privado, que considerou ser o valor praticado no mercado. O Distrito Federal, por sua vez, postula no presente recurso que o valor do ressarcimento tenha como limite a Tabela do SUS. 3. A Constituição admite duas modalidades de execução de serviços de saúde por agentes privados: a complementar e a suplementar. A saúde complementar designa ações e serviços de saúde que a entidade privada pratica mediante convênio com o Poder Público e sujeitando-se às regras do SUS. 4. A saúde suplementar, por sua vez, abrange atividades de profissionais de saúde, clínicas, hospitais particulares e operadoras de planos de saúde que não têm uma relação negocial com o Poder Público, sujeitando-se, apenas, à regulação da Agência Nacional de Saúde – ANS. 5. O ressarcimento, segundo as diretrizes e valores do SUS, a um agente privado que não aderiu ao sistema público pela celebração de convênio, viola a livre iniciativa (CF, art. 170, caput) e a garantia de propriedade privada (CF, arts. 5º, XXII e 170, II). Por outro lado, a execução privada do serviço de saúde não afasta sua relevância pública (CF, art. 177). 6. Diante disso, é razoável que se adote, em relação ao ressarcimento da rede privada, o mesmo critério utilizado para ressarcimento do Sistema Único de Saúde por serviços prestados a beneficiários de planos de saúde. Até dezembro de 2007, tal critério era a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP. Após, passou a ser a Tabela do SUS, ajustada de acordo com as regras de valoração do SUS e multiplicada pelo Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR. 7. Os valores de referência constantes da TUNEP, bem como o IVR multiplicador da Tabela do SUS, são fixados pela ANS, que tem o dever de atuar como árbitro imparcial do sistema. Naturalmente, sempre poderá ser feita uma avaliação da existência efetiva e razoabilidade dos tratamentos adotados. 8. Recurso extraordinário provido em parte, com a fixação da seguinte tese de julgamento: “O ressarcimento de serviços de saúde prestados por unidade privada em favor de paciente do Sistema Único de Saúde, em cumprimento de ordem judicial, deve utilizar como critério o mesmo que é adotado para o ressarcimento do Sistema Único de Saúde por serviços prestados a beneficiários de planos de saúde”. (RE 666094, Relator(a): ROBERTO BARROSO, Tribunal Pleno, julgado em 30/09/2021, PROCESSO ELETRÔNICO REPERCUSSÃO GERAL - MÉRITO DJe-020 DIVULG 03-02-2022 PUBLIC 04-02-2022). Grifei

Já em relação ao ressarcimento dos valores quando o beneficiário de um





plano de saúde utiliza o serviço de saúde do SUS, verifico que há procedimento próprio a ser seguido tanto pelas entidades privadas, como também pela ANS até os recursos chegarem ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, nos termo da Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade e, simultaneamente, das disposições da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

- a) custeio de despesas;
- b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
- c) reembolso de despesas;
- d) mecanismos de regulação;
- e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
- f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.

Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32.

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema





Único de Saúde - SUS.

§ 1º **O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS.**

§ 2º **Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.**

§ 3º **A operadora efetuará o ressarcimento até o 15º (décimo quinto) dia da data de recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS.**

§ 4º **O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:**

I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;

II - multa de mora de dez por cento.

§ 5º **Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.**

§ 6º **O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.**

§ 7º **A ANS disciplinará o processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo, cabendo-lhe, inclusive, estabelecer procedimentos para cobrança dos valores a serem ressarcidos.**

§ 8º **Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.**

§ 9º **Os valores a que se referem os §§ 3º e 6º deste artigo não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal. Grifei**

Nesse caso, às entidades privadas, sejam Hospitais, laboratórios, clínicas etc, são obrigadas a fornecer, periodicamente, à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem. Desse modo, cabe à ANS proceder ao ressarcimento dos serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS. Assim, o ressarcimento será efetuado pelas entidades privadas ao SUS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, até o 15º dia da data do recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS.





Não se está falando da responsabilidade constitucional solidária tripartite em matéria de saúde pública, como à primeira vista possa parecer.

É que, se o art. 32 da Lei nº 9.656/98 prevê o ressarcimento do ente privado ao SUS, a apropriação unilateral por parte da União Federal de toda a verba quando o serviço foi prestado na rede municipal, a revelar um atuar por parte da Administração contrário à norma que regulamenta uma das formas de arrecadação por parte do SUS, acaba por **onerar excessivamente o Município**, que arca sozinho com custos hospitalares e ambulatoriais prestados e comprovados na sua rede de atendimento, com recursos que já possuem destinação específica, como dito (Fundo a Fundo - Parágrafo Único do art. 2º da Lei 8.080/90).

Tanto é assim, que a própria União Federal admite que poderá haver um aumento do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade, ou **Teto MAC, disciplinado pela Portaria Ministerial n. 204/2007, quando o valor for insuficiente, o que é a tese do município-autor, eis que referida Portaria trata dos repasses à título de serviços hospitalares e ambulatoriais agora em grupos de financiamento.**

Importante ressaltar que os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos, bem como não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal.

Diante disso, evidencia-se o dever da União em efetuar o repasse ao município autor de todas as despesas médicas por ele suportadas quando suas unidades de saúde realizam atendimento de pacientes detentores de planos de saúde ao final do processo administrativo instaurado entre as operadoras de saúde e a ANS, haja vista que os valores são recolhidos aos cofres do Fundo Nacional de Saúde – FNS, bem como o seu dever de compartilhar em quotas iguais os valores ressarcidos ao Sistema Único de Saúde (SUS), que ocorre quando os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde são realizados em instituições privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do sistema público.

III – DISPOSITIVO

*Forte em tais razões, **JULGO PROCEDENTES OS PEDIDOS** para **determinar** que a União promova em favor do Município-autor a revisão da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SUS, aplicando-se no mínimo a tabela TUNEP para os procedimentos existentes naquela tabela, ou na sua ausência o Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR, aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares que tenham valores defasados para com a tabela SUS, por ser a “TUNEP” uma tabela mais recente, e apresentar um custo unitário mais atual; **determino** que a União repasse ao Município-autor a integralidade dos valores ressarcidos ao Sistema Único de Saúde (SUS), que ocorreu quando os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde foram realizados na rede hospitalar própria municipal, integrantes do sistema público, observando-se os limites dos contratos*





celebrados conforme artigo 32 da Lei nº 9.656/1998, atualmente ressarcidos exclusivamente a União; **determino**, ainda, que a União compartilhe em quotas iguais os valores ressarcidos ao Sistema Único de Saúde (SUS), que ocorre quando os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde são realizados em instituições privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do sistema público, observando-se os limites dos contratos celebrados, conforme artigo 32 da Lei 9.656/1998, atualmente ressarcidos exclusivamente a União.

Todas as determinações serão apuradas em sede de liquidação de sentença por arbitramento, nos termos dos arts. 491, § 1º e 509, inciso I, ambos do CPC.

CONDENO, ainda, a parte ré ao pagamento dos valores retroativos contados do ajuizamento da presente ação, respeitando a prescrição quinquenal, aplicando-se no mínimo a tabela TUNEP para os procedimentos existentes naquela tabela ou na sua ausência o Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR, aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares que tenham valores defasados para com a tabela SUS, por ser a “TUNEP” uma tabela mais recente, e apresentar um custo unitário mais atual, bem como o repasse ao município autor da integralidade dos valores ressarcidos ao Sistema Único de Saúde (SUS), que ocorreu quando os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde foram realizados na rede hospitalar própria municipal, integrantes do sistema público, observando-se os limites dos contratos celebrados conforme artigo 32 da Lei nº 9.656/1998, e de compartilhar em quotas iguais os valores ressarcidos ao Sistema Único de Saúde (SUS), que ocorre quando os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde são realizados em instituições privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do sistema público, observando-se os limites dos contratos celebrados, conforme artigo 32 da Lei 9.656/1998, cuja atualização monetária incidirá de acordo com os parâmetros fixados pelo Manual de Cálculos da Justiça Federal, tudo isso a ser apurado em liquidação de sentença.

Registro que, em fase de liquidação de sentença, deverá o autor apresentar os documentos referentes aos procedimentos médicos realizados e os respectivos valores, conforme as tabelas em comento, com o objetivo de individualizar os pagamentos que foram realizados a menor.

CONDENO a parte ré, ainda, na verba honorária de sucumbência, bem como em custas processuais em ressarcimento, devendo o percentual mínimo ser fixado após a liquidação do presente julgado, nos termos do art. 85, §§3º e 4º, II do CPC.

Resolvo o mérito, nos termos do art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

Sentença sujeita à remessa necessária.

Publique-se. Intimem-se.

Sentença registrada eletronicamente.

Brasília, assinado na data constante do rodapé.





(assinado digitalmente)

BRUNO ANDERSON SANTOS DA SILVA

Juiz Federal Substituto da 3ª Vara Federal/SJDF

[1] Art. 355. O juiz julgará antecipadamente o pedido, proferindo sentença com resolução de mérito, quando:

I - não houver necessidade de produção de outras provas;



Número: **1097017-33.2023.4.01.3400**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Federal Cível da SJDF**

Última distribuição : **02/10/2023**

Valor da causa: **R\$ 100.000,00**

Assuntos: **Reajuste da tabela do SUS**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado		
MUNICIPIO DE CALUMBI (AUTOR)		DANIEL QUEIROGA GOMES (ADVOGADO)		
UNIÃO FEDERAL (REU)				
Documentos				
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo	Polo
212574798 1	07/05/2024 19:48	Sentença Tipo A	Sentença Tipo A	Interno



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL
Seção Judiciária do Distrito Federal
3ª Vara Federal Cível da SJDF

SENTENÇA TIPO "A"

PROCESSO: 1097017-33.2023.4.01.3400

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

POLO ATIVO: MUNICIPIO DE CALUMBI

REPRESENTANTES POLO ATIVO: DANIEL QUEIROGA GOMES - PE34962

POLO PASSIVO: UNIÃO FEDERAL

SENTENÇA

I – RELATÓRIO

Trata-se de **AÇÃO ORDINÁRIA** ajuizada pela **MUNICIPIO DE CALUMBI/PE** em face da **UNIÃO**, em que pretende provimento jurisdicional *“para que determine que a requerida promova uma revisão por equiparação dos valores de todos os itens dispostos na referida “Tabela”, aplicando-se no mínimo a tabela TUNEP para os procedimentos existentes naquela tabela ou na sua ausência o Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR, aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares que tenham valores defasados para com a tabela SUS, por ser a “TUNEP” uma tabela mais recente, e apresentar um custo unitário mais atual, observando-se, para tanto, a conclusão da liquidação de sentença a ser realizada nestes autos, a fim de resgatar o equilíbrio jurídico- financeiro, condenando, ainda, a Ré ao pagamento dos valores retroativos aos últimos 05 (cinco) anos, contados da data da propositura da presente demanda; Que a UNIÃO FEDERAL - RÉ, seja compelida a repassar ao Município-Autor a INTEGRALIDADE dos valores ressarcidos ao Sistema Único de Saúde (SUS), que ocorreu quando os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde foram realizados na rede hospitalar própria municipal, integrantes do sistema público, observando-se os limites dos contratos celebrados, conforme artigo 32 da Lei 9.656/1998, atualmente ressarcidos exclusivamente a União Federal, todos os valores recebidos nos últimos 05 (cinco) anos, contados da data da propositura da presente demanda; Que a UNIÃO FEDERAL - RÉ, seja compelida a compartilhar em quotas iguais os valores ressarcidos ao Sistema Único de Saúde (SUS), que ocorre quando os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde são realizados em instituições*



privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do sistema público, observando-se os limites dos contratos celebrados, conforme artigo 32 da Lei 9.656/1998, atualmente ressarcidos exclusivamente a União Federal, os valores recebidos nos últimos 05 (cinco) anos, contados da data da propositura da presente demanda; Alternativamente, entendendo não ser procedente os pedidos anteriores, que sejam julgados procedentes os pedidos autorais, para que, reconhecendo-se a enorme defasagem dos valores constantes da "Tabela de Procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS", causadora do total desequilíbrio da equação econômico-financeira da relação jurídica, para determinar que a União-ré promova uma revisão dos valores de todos os itens dispostos na referida "Tabela", observando-se, para tanto, a conclusão a que chegar a a conclusão da liquidação de sentença a ser realizada nestes autos, a fim de resgatar o equilíbrio econômica da avença, condenando, ainda, a requerida ao pagamento dos valores retroativos aos últimos 05 (cinco) anos, contados da data da propositura da presente demanda".

Informou que se faz necessário o ajuizamento da presente, na tentativa de comprovar que as unidades de saúde do Município de Calumbi/PE necessitam urgentemente do provimento jurisdicional, a fim restabelecer o equilíbrio econômico-financeiro da relação jurídica estabelecida entre o Município e a União.

Disse que os repasses realizados pela União em favor do Município são feitos Fundo a Fundo, ou seja, consistem em recursos financeiros advindos do Ministério da Saúde em favor do ente federativo responsável pela gestão das ações e dos serviços de saúde em âmbito local, a fim de realizar pagamentos aos fornecedores e prestadores de bens e serviços na área da saúde do Sistema Único de Saúde.

Alegou ter direito à revisão dos valores constantes da "Tabela de Procedimentos ambulatoriais e hospitalares do Sistema Único de Saúde – SUS", "Tabela" esta que, atualmente, é utilizada para o cálculo da remuneração dos serviços prestados pelos Hospitais Públicos, bem como receber sua quota parte do ressarcimento do SUS, pelos planos de saúde, valor este que a União Federal se apropriou integralmente.

Aduziu, ainda, ser flagrante a discrepância entre os valores previstos na "Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP" - elaborada pela Agência Nacional de Saúde Complementar - ANS para uniformização dos valores a serem ressarcidos ao SUS pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde - e aqueles constantes da "Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SUS". Assim, necessário que seja feito a uniformização de tais valores, de forma que, para um mesmo procedimento médico, no âmbito do SUS, o pagamento devido às unidades hospitalares que o realizaram se faça pelo mesmo montante cobrado às operadoras de planos privados de assistência médica, prestigiando-se, assim, os princípios da razoabilidade, da proporcionalidade, da isonomia de tratamento e da segurança jurídica.

Fundamentou também o seu pedido no art. 32 da Lei nº 9.656/98 que prevê: se um cliente do plano de saúde utilizar-se dos serviços do SUS, o Poder Público poderá cobrar do referido plano o ressarcimento que ele teve com essas despesas. Argumentou que o montante arrecadado é repassado ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), que é o gestor financeiro dos recursos, sendo reaplicados em programas prioritários do Ministério da Saúde, quando na realidade deveria ser compartilhado em quotas iguais entre o sistema tripartite do SUS (União Federal, Estados e Municípios), visto que no compartilhamento de obrigações e despesas, temos que a União, nos termos do Art. 26 da Lei nº. 8.080/90, é responsável pelos critérios e valores





para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial.

Sustentou que a União, quando recebe o ressarcimento das operadoras de planos de saúde, se apropria indevidamente de quota parte da receita do município, que inclusive, por vezes, foi o responsável por realizar o procedimento (ambulatorial ou hospitalar).

Destacou que, atualmente a 1ª Turma do STJ, nos autos do AREsp 2.067.898- DF, equivocadamente, tem determinado aos hospitais privados que pleiteiam a equiparação das tabelas SUS e TUNEP/IVR, que formem litisconsórcios passivos necessários com os entes Subnacionais, desconsiderando que dita responsabilidade é exclusiva da União, não existindo responsabilidade ou interesse na causa dos demais entes Subnacionais.

A inicial veio acompanhada de procuração e documentos.

Isento de custas.

Determinada a emenda a inicial para juntada de procuração devidamente assinada pelo prefeito de Calumbi/PE.

Emenda a inicial apresentada.

Foi apresentada contestação, sendo aduzidas preliminares de ilegitimidade ativa e de ausência de interesse processual. No mérito requereu a improcedência dos pedidos.

Houve réplica.

O autor apresentou outras informações.

É o que importava a relatar. **DECIDO.**

II – FUNDAMENTAÇÃO

O Processo comporta julgamento antecipado da lide, não havendo necessidade de dilação probatória, conforme disposição do art. 355, inciso I, do CPC ^[1].

a) Preliminar de ausência de interesse processual e ilegitimidade ativa *ad causam*

A preliminar de **ausência de interesse processual**, arguida pela União não merece prosperar, posto que é de fundamental importância que a parte comprove a necessidade de procurar as vias judiciais, o que restou demonstrado no caso.

Ademais, a Constituição Federal consagrou em seu artigo 5º, inciso XXXV, que a





lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito. Outrossim, não se aplica o entendimento do STF que, em sede de Repercussão Geral, assentou ser indispensável o prévio requerimento administrativo para pleitear benefício previdenciário, sob pena de se caracterizar a falta de interesse de agir da parte autora.

Acrescente-se que não é exigível o prévio exaurimento da via administrativa para que a parte ajuíze a ação, consoante jurisprudência pacífica do STF e do STJ, sendo verificado, ainda, que a parte requerida apresentou contestação, havendo resistência à pretensão do autor, razão pela qual subsiste o interesse processual no prosseguimento da demanda.

Em relação à **ilegitimidade ativa do município** arguida pela União, observo que o autor representa todas as unidades de saúde públicas situadas em seu território, conforme constam na base de dados da própria União.

Ademais, o Sistema Único de Saúde – SUS é um sistema de saúde baseado nos princípios da universalidade, integralidade e descentralização. Logo os municípios, como entes federativos, integram esse sistema e têm responsabilidade na execução das políticas de saúde em seus territórios.

É certo que os repasses de recursos da União para os municípios ocorrem através do “fundo a fundo”, buscando descentralizar a gestão e permitir que os entes locais tenham autonomia na implementação das ações de saúde. Mas, contrariamente à tese de ilegitimidade sustentada pela União, o município autor é parte legítima para pleitear o reajuste da Tabela SUS - TUNEP/IVR, na medida em que ele é responsável pela gestão e execução das ações e serviços de saúde em sua localidade, tornando-o um executor direto das políticas públicas de saúde, e, portanto, interessado na adequada remuneração pelos serviços prestados.

Além disso, a defasagem na Tabela SUS pode impactar diretamente a capacidade do município em fornecer serviços de saúde de qualidade à população, prejudicando o acesso aos cuidados necessários.

Ademais, o município, ao representar uma instituição de saúde, como uma Santa Casa por ex, atua de forma solidária na promoção da saúde, o que justifica sua legitimidade em pleitear ajustes que impactem diretamente os serviços prestados. Lembrando que essa atuação deve ser pautada na defesa do acesso universal à saúde e na garantia de recursos adequados para a prestação de serviços de qualidade.

Em sendo assim, o município é parte legítima para pleitear o reajuste da Tabela SUS - TUNEP/IVR, dada sua função como executor das políticas de saúde e representante direto das necessidades da população local.

Por fim, do mesmo modo em que é cabível a revisão dos valores constantes da “Tabela de Procedimentos ambulatoriais e hospitalares do Sistema Único de Saúde – SUS”, que tem como base a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP ou, na sua ausência, o Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR, aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de unidades da rede privada que tenham valores defasados para com a tabela SUS, **igual raciocínio deve ser aplicado quando o município autor, representando suas unidades de saúde, realiza a prestação desses serviços à população, cujos valores dos repasses se encontram defasados.**



Portanto, **REJEITO** as questões preliminares arguidas pela ré.

b) Mérito

Busca o Município reconhecimento ao direito de revisão dos valores de todos os itens dispostos na “Tabela de Procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS”, em razão do desequilíbrio da equação econômico-financeira da relação jurídica existente entre ele e a União, aplicando-se no mínimo a tabela TUNEP para os procedimentos existentes naquela tabela ou na sua ausência o Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR, aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares que tenham valores defasados para com a tabela SUS, prestigiando-se, assim, os princípios da razoabilidade, da proporcionalidade, da isonomia de tratamento e da segurança jurídica.

Além disso, também pleiteia que a União seja obrigada a repassar ao Município a integralidade dos valores ressarcidos ao Sistema Único de Saúde (SUS), no caso de atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde realizados na rede hospitalar própria municipal, integrantes do sistema público, conforme artigo 32 da Lei 9.656/1998.

Da análise das alegações sustentadas nos autos, infiro que há harmonia entre o direito subjetivo pleiteado na inicial acerca do adequando reajuste da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SUS, e os princípios da razoabilidade, da proporcionalidade, da isonomia de tratamento e da segurança jurídica.

Ante a integração dos preceitos da Carta Magna de 1988, que possui um sistema unitário de regras e princípios, apreendo da sua interpretação que garantir a fruição do direito à saúde é de fundamental relevância para efetivar a dignidade da pessoa humana. Vide:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

III - a dignidade da pessoa humana;

Conforme já mencionado, o Sistema Único de Saúde – SUS é integrado também por Estados, Municípios e pelo Distrito Federal, os quais também ocupam a posição de financiadores do sistema, assim como a União, nos termos da Constituição Federal, *in verbis*:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem



prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento);

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º;

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

§ 14. Compete à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios e às entidades filantrópicas, bem como aos prestadores de serviços contratualizados que atendam, no mínimo, 60% (sessenta por cento) de seus pacientes pelo sistema único de saúde, para o cumprimento dos pisos salariais de que trata o § 12 deste artigo.

§ 15. Os recursos federais destinados aos pagamentos da assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios e às entidades filantrópicas, bem como aos prestadores de serviços contratualizados que atendam, no mínimo, 60% (sessenta por cento) de seus pacientes pelo sistema único de saúde, para o cumprimento dos pisos salariais de que trata o § 12 deste artigo serão consignados no orçamento geral da União com dotação própria e exclusiva.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou





convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização. (...) Grifei

Por sua vez, a Lei nº 8.080/90 estabelece o seguinte:

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, **as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.**

Art. 2º **A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.**

§ 1º **O dever do Estado de garantir a saúde consiste** na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 4º **O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).**

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º **A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.**

Art. 7º **As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:**

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;





Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

Art. 16. À direção nacional do SUS compete:

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

Art. 18. À direção municipal do SUS compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do





Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;



- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos. Grifei

Já a Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, disciplina que:

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - **cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.**

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por



cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º Os Municípios **poderão** estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União. Grifei

Dos dispositivos aplicáveis à espécie ressalto que, precipuamente, compete ao Estado o dever de materializar o direito à saúde, conforme lhe atribuiu a Constituição da República Federativa do Brasil, proporcionando a todos os cidadãos melhores condições de vida, concretizando a realização da igualdade.

Essa é a regra!

A Constituição Federal realça a característica do Estado Social, garantidor das liberdades positivas, centrado na proteção dos hipossuficientes e na busca da igualdade material entre os homens, realizada por intermédio da implementação de políticas sociais e econômicas, que culminam em uma ação positiva, que na hipótese é realizada por meio do Sistema Único de Saúde, garantidor do direito à saúde, com base nos princípios da integralidade, equidade e universalidade a fim de dar assistência a toda população de forma integral, competindo ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, nos termos da lei.

O Sistema Único de Saúde – SUS, conjunto de ações e serviços de saúde, tem como característica a descentralização, sendo composto pelos entes federativos: União, Estados, Municípios e o Distrito Federal. Cada um desses entes tem responsabilidades específicas na organização e gestão do sistema, exercendo a administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde, além do fato de que os municípios possuem a responsabilidade pela execução das ações e serviços de saúde em suas localidades.





O SUS é financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes, sendo obrigatório aos entes a aplicação anualmente nos percentuais previstos na Lei Maior: no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15%; no caso dos Estados, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; no caso dos Municípios, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde são depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde. O Ministério da Saúde tem a atribuição de acompanhar a aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios, inclusive, sendo constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, aplicar as medidas previstas em lei. Além disso, as autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sábria a Constituição Federal, também previu que a Lei Complementar, que será reavaliada a cada 5 anos, estabelecerá esses percentuais, os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde que serão destinados aos Estados e aos Municípios, bem como dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, justamente objetivando a progressiva redução das disparidades regionais que possam ocorrer.

Corroborando, à direção nacional do SUS compete prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional; já à direção estadual do SUS compete prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; por fim, à direção municipal do SUS compete planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde.

Por sua vez, a Lei nº 8.142/90 estabeleceu de forma clara que como os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados, bem como serão repassados aos Municípios.

Podemos concluir que **os repasses desses recursos para os municípios ocorrem por meio do "fundo a fundo"**, uma modalidade que busca descentralizar a gestão e conferir autonomia aos entes locais na implementação das políticas de saúde.

Contudo, ao contrário do que se possa imaginar, tais recursos não englobam o ressarcimento buscados e recebidos pela União dos entes privados quando o beneficiário do convênio se utiliza do SUS através de qualquer hospital **da rede municipal**, gerando um custo e ônus apenas para o Município, haja vista que os recursos "Fundo a Fundo" **destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde**, nos termos do Parágrafo Único do art. 2º da Lei 8.808/90.

Desse modo, os serviços de saúde podem ser executados diretamente pelo SUS, por meio da União, Estados e Municípios, ou de forma complementar, pela iniciativa privada,





podendo, inclusive, os **Municípios (filantrópicos, fundacional ou diretamente)** ao celebrarem contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução.

Celebrado contrato ou convênio entre o Município e a iniciativa privada, os critérios e valores para a remuneração desses serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde, bem como a forma de reajuste e de pagamento da remuneração, que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados e o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

Ocorre que há carência no reajuste dos valores da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do SUS, proporcionalmente aos valores despendidos pela parte autora, gera um déficit financeiro ao Município também, cujos recursos são escassos, e cujas verbas já recebidas pela União têm destinação específicas, ocasionado, também, pelo aumento do custo de todos os procedimentos médico-hospitalares e demais insumos necessários a execução dos serviços prestados, prejudicando ainda mais o equilíbrio econômico-financeiro da relação jurídico-contratual, potencializando, assim, a ocorrência de prejuízos ao parceiro privado, o que, por conseguinte pode inviabilizar suas atividades empresariais e a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

Além disso, convém ressaltar que os valores dos procedimentos médico-hospitalares dispostos na chamada “Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP”, que, como se sabe, foi elaborada pela Agência Nacional de Saúde Complementar – ANS (Agência Reguladora Federal) com vistas à uniformização dos valores a serem ressarcidos ao SUS pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, evidenciam, ainda que implicitamente, que os valores dispostos na “Tabela de Procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS” **tornaram-se insuficientes para remunerar o prestador, seja ele privado ou municipal, que em parceria com o Poder Público complementa os serviços prestados pela rede pública de saúde à população em geral.**

Ora, como dito, do mesmo modo que ocorre com a instituição privada, embora a relação entre o autor e a União seja de natureza administrativa, **entendo que o Município autor também acaba absorvendo déficit financeiro em razão da defasagem dos valores da Tabela de Procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS prestados por suas unidades de saúde pública.**

Ante a relevância do serviço prestado pelo autor, mostra-se imprescindível o restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro, proporcionando a manutenção de seus objetivos sociais, assim como, conseqüentemente, o adequando repasse ao município, através da revisão dos valores estabelecidos na Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares, para garantir a efetiva qualidade de execução dos serviços prestados à população.

Nessa esteia, o Superior Tribunal de Justiça firmou compreensão que é possível o reajuste dos preços dos serviços médicos a fim de manter o equilíbrio financeiro, conforme se extrai do seguinte aresto:

ATO ADMINISTRATIVO OMISSIVO – REAJUSTE DO VALOR DE SERVIÇO





PRESTADO AO SUS – EQUILÍBRIO FINANCEIRO DO CONTRATO. 1. Reavaliados os hospitais psiquiátricos da rede SUS, por ordem da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, surge a necessidade de reavaliação dos preços do serviço. 2. A Lei 8.666/93 (art. 65, § 6º) serve de base legal para o reajuste do contrato, a fim de manter seu equilíbrio financeiro. 3. Reajuste que deve observar, prioritariamente, os parâmetros estabelecidos em tabelas fornecidas pela Administração. 4. Segurança concedida. (MS 11.539/DF, Rel. Ministra ELIANA CALMON, PRIMEIRA SEÇÃO, julgado em 27/09/2006, DJ 06/11/2006, p. 290). Grifei

No mesmo sentido, segue o entendimento do TRF-1 sobre a matéria objeto da presente demanda:

ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE RITO ORDINÁRIO. CORREÇÃO DO VALOR DA TABELA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE TABELA SUS. DESEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO DA RELAÇÃO JURÍDICO-CONTRATUAL. VIOLAÇÃO AOS PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE, DA PROPORCIONALIDADE E DA ISONOMIA. POSSIBILIDADE DE APLICAÇÃO DA TABELA TUNEP OU IVR. PRELIMINARES REJEITADAS. SENTENÇA MANTIDA.
1. Nos termos do art. 26 c/c o art. 9º, I, da Lei nº 8.080/90, é da competência da União, por intermédio do Ministério da Saúde, estabelecer os critérios e os valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial. Na espécie, como se busca a correção da tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS, atribuição que é de competência da União, resta patente a legitimidade passiva deste ente para a causa, não cabendo falar em formação de litisconsórcio passivo necessário com Estado e Município. Preliminares rejeitadas. 2. A controvérsia cinge-se à possibilidade de revisão dos valores constantes da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde -SUS, tendo como base valores previstos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP, IVR ou outra tabela que a ANS utiliza para cumprir o fim previsto no art. 32 da Lei 9.656/98, com vistas à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro de relação jurídico-contratual de unidade hospitalar privada com a Administração Pública, em razão de sua atuação no âmbito da assistência complementar à saúde. 3. Se quando a rede pública presta serviços a pacientes beneficiários de planos de saúde privados, tais operadoras de plano de saúde realizam o ressarcimento da rede pública com base na tabela TUNEP, justo que, em atenção ao princípio da razoabilidade, proporcionalidade e isonomia, quando as unidades hospitalares privadas atuarem no âmbito da assistência complementar à rede pública de saúde, nos termos do § 1º do art. 199 da Constituição, o SUS venha a ressarcir-las com base nessa mesma tabela. (AC 1018549-31.2018.4.01.3400, Rel. Desembargador Federal Souza Prudente, Quinta Turma, julg. 24/06/2020). 4. Verificando-se manifesta discrepância entre os valores previstos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP, elaborada pela Agência Nacional de Saúde Complementar ANS para uniformização dos valores a serem ressarcidos ao SUS pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, e aqueles constantes da Tabela de Procedimentos



Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde SUS, impõe-se a revisão dos valores dos serviços prestados pelo hospital privado em assistência complementar à saúde, de modo a preservar-se equilíbrio econômico-financeiro da relação contratual, sendo medida que se alinha aos princípios da isonomia, da razoabilidade e da proporcionalidade e que encontra amparo no art. 26 da Lei 8080/90. 5. Não prospera a alegação de não haver direito à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato por não ter a parte autora comprovado a existência de contrato administrativo formalizado perante a União, tendo em vista que foram colacionados aos autos documentos que comprovam a efetiva prestação de serviços de saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) por parte da autora. 6. Tampouco merece amparo o argumento da União de que não caberia a revisão do contrato à vista da possibilidade de o autor apenas desconstituir o vínculo contratual com a União, dado que tal alegação não soluciona a questão relativa ao desequilíbrio existente entre o que se paga e o que se recebe como pagamento pelos mesmos serviços prestados, de um lado, pela União, de outro, pelo particular. (AC 1007086-58.2019.4.01.3400, Rel. Desembargador Federal Jirair Aram Meguerian, Sexta Turma, julg. 01/06/ 2020). 7. Apelação da União e remessa necessária a que se nega provimento. 8. Honorários advocatícios, fixados na origem nos percentuais mínimos de cada faixa dos incisos do §3º do art. 85 do CPC, majorados em 2% (art. 85, §11, do CPC), a serem apurados na liquidação do julgado, nos termos do art. 85, §4º, II, do CPC. (AC 0016696-38.2017.4.01.3400, DESEMBARGADORA FEDERAL DANIELE MARANHÃO COSTA, TRF1 - QUINTA TURMA, PJe 06/08/2021 PAG.). Grifei

ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE RITO ORDINÁRIO. CORREÇÃO DO VALOR DA TABELA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE TABELA SUS. DESEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO DA RELAÇÃO JURÍDICO-CONTRATUAL. VIOLAÇÃO AOS PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE, DA PROPORCIONALIDADE E DA ISONOMIA. POSSIBILIDADE DE APLICAÇÃO DA TABELA TUNEP OU IVR. PRELIMINARES REJEITADAS. SENTENÇA MANTIDA. 1. Nos termos do art. 26 c/c o art. 9º, I, da Lei nº 8.080/90, é da competência da União, por intermédio do Ministério da Saúde, estabelecer os critérios e os valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial. Na espécie, como se busca a correção da tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS, atribuição que é de competência da União, resta patente a legitimidade passiva deste ente para a causa, não cabendo falar em formação de litisconsórcio passivo necessário com Estado e Município. Preliminares rejeitadas. 2. A controvérsia cinge-se à possibilidade de revisão dos valores constantes da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde -SUS, tendo como base valores previstos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP, IVR ou outra tabela que a ANS utiliza para cumprir o fim previsto no art. 32 da Lei 9.656/98, com vistas à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro de relação jurídico-contratual de unidade hospitalar privada com a Administração Pública, em razão de sua atuação no âmbito da assistência complementar à saúde. 3. Se quando a rede pública presta serviços a pacientes beneficiários de planos de saúde privados, tais operadoras de plano de saúde realizam o ressarcimento da rede pública com base na tabela TUNEP, justo que, em atenção ao princípio da razoabilidade,



proporcionalidade e isonomia, quando as unidades hospitalares privadas atuarem no âmbito da assistência complementar à rede pública de saúde, nos termos do § 1º do art. 199 da Constituição, o SUS venha a ressarcí-las com base nessa mesma tabela. (AC 1018549-31.2018.4.01.3400, Rel. Desembargador Federal Souza Prudente, Quinta Turma, julg. 24/06/2020). 4. Verificando-se manifesta discrepância entre os valores previstos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP, elaborada pela Agência Nacional de Saúde Complementar ANS para uniformização dos valores a serem ressarcidos ao SUS pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, e aqueles constantes da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde SUS, impõe-se a revisão dos valores dos serviços prestados pelo hospital privado em assistência complementar à saúde, de modo a preservar-se equilíbrio econômico-financeiro da relação contratual, sendo medida que se alinha aos princípios da isonomia, da razoabilidade e da proporcionalidade e que encontra amparo no art. 26 da Lei 8080/90. 5. Não prospera a alegação de não haver direito à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato por não ter a parte autora comprovado a existência de contrato administrativo formalizado perante a União, tendo em vista que foram colacionados aos autos documentos que comprovam a efetiva prestação de serviços de saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) por parte da autora. 6. Tampouco merece amparo o argumento da União de que não caberia a revisão do contrato à vista da possibilidade de o autor apenas desconstituir o vínculo contratual com a União, dado que tal alegação não soluciona a questão relativa ao desequilíbrio existente entre o que se paga e o que se recebe como pagamento pelos mesmos serviços prestados, de um lado, pela União, de outro, pelo particular. (AC 1007086-58.2019.4.01.3400, Rel. Desembargador Federal Jirair Aram Meguerian, Sexta Turma, julg. 01/06/2020). 7. Apelação da União e remessa necessária a que se nega provimento. 8. Honorários advocatícios, fixados na origem nos percentuais mínimos de cada faixa dos incisos do §3º do art. 85 do CPC, majorados em 2% (art. 85, §11, do CPC), a serem apurados na liquidação do julgado, nos termos do art. 85, §4º, II, do CPC. (AC 1025504-78.2018.4.01.3400, DESEMBARGADORA FEDERAL DANIELE MARANHÃO COSTA, TRF1 - QUINTA TURMA, PJe 28/07/2021 PAG.). Grifei

ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE RITO ORDINÁRIO. CORREÇÃO DO VALOR DA TABELA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE TABELA SUS. DESEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO DA RELAÇÃO JURÍDICO-CONTRATUAL. VIOLAÇÃO AOS PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE, DA PROPORCIONALIDADE E DA ISONOMIA. POSSIBILIDADE DE APLICAÇÃO DA TABELA TUNEP OU IVR. PRELIMINARES REJEITADAS. SENTENÇA MANTIDA.
 1. Nos termos do art. 26 c/c o art. 9º, I, da Lei nº 8.080/90, é da competência da União, por intermédio do Ministério da Saúde, estabelecer os critérios e os valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial. Na espécie, como se busca a correção da tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS, atribuição que é de competência da União, resta patente a legitimidade passiva deste ente para a causa, não cabendo falar em formação de litisconsórcio passivo necessário com Estado e Município. Preliminares rejeitadas. 2. A controvérsia cinge-se à possibilidade de revisão dos valores constantes da Tabela de Procedimentos



Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde -SUS, tendo como base valores previstos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP, IVR ou outra tabela que a ANS utiliza para cumprir o fim previsto no art. 32 da Lei 9.656/98, com vistas à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro de relação jurídico-contratual de unidade hospitalar privada com a Administração Pública, em razão de sua atuação no âmbito da assistência complementar à saúde. 3. Se quando a rede pública presta serviços a pacientes beneficiários de planos de saúde privados, tais operadoras de plano de saúde realizam o ressarcimento da rede pública com base na tabela TUNEP, justo que, em atenção ao princípio da razoabilidade, proporcionalidade e isonomia, quando as unidades hospitalares privadas atuarem no âmbito da assistência complementar à rede pública de saúde, nos termos do § 1º do art. 199 da Constituição, o SUS venha a ressarcí-las com base nessa mesma tabela. (AC 1018549-31.2018.4.01.3400, Rel. Desembargador Federal Souza Prudente, Quinta Turma, julg. 24/06/2020). 4. Verificando-se manifesta discrepância entre os valores previstos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP, elaborada pela Agência Nacional de Saúde Complementar ANS para uniformização dos valores a serem ressarcidos ao SUS pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, e aqueles constantes da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde SUS, impõe-se a revisão dos valores dos serviços prestados pelo hospital privado em assistência complementar à saúde, de modo a preservar-se equilíbrio econômico-financeiro da relação contratual, sendo medida que se alinha aos princípios da isonomia, da razoabilidade e da proporcionalidade e que encontra amparo no art. 26 da Lei 8080/90. 5. Não prospera a alegação de não haver direito à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato por não ter a parte autora comprovado a existência de contrato administrativo formalizado perante a União, tendo em vista que foram colacionados aos autos documentos que comprovam a efetiva prestação de serviços de saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) por parte do autor. 6. Tampouco merece amparo o argumento da União de que não caberia a revisão do contrato à vista da possibilidade de o autor apenas desconstituir o vínculo contratual com a União, dado que tal alegação não soluciona a questão relativa ao desequilíbrio existente entre o que se paga e o que se recebe como pagamento pelos mesmos serviços prestados, de um lado, pela União, de outro, pelo particular. (AC 1007086-58.2019.4.01.3400, Rel. Desembargador Federal Jirair Aram Meguerian, Sexta Turma, julg. 01/06/2020). 7. Apelação da União e remessa necessária a que se nega provimento. 8. Honorários advocatícios fixados sobre o proveito econômico, nos percentuais mínimos de cada faixa dos incisos do §3º do art. 85 do CPC, a serem apurados na liquidação do julgado, nos termos do art. 85, §4º, II, do CPC, com majoração de 2% (art. 85, §11, do CPC). (AC 1042048-10.2019.4.01.3400, JUIZ FEDERAL ROBERTO CARLOS DE OLIVEIRA (CONV.), TRF1 - QUINTA TURMA, PJe 02/07/2021 PAG.). Grifei

REAJUSTE DA TABELA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES DO SUS. PRELIMINARES DE ILEGITIMIDADE PASSIVA DA UNIÃO E FORMAÇÃO DE LITISCONSÓRCIO PASSIVO NECESSÁRIO REJEITADAS. EQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO. NOTAS TÉCNICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. INEXISTÊNCIA DE DIREITO ADQUIRIDO A ÍNDICES



ESPECÍFICOS. I - Nos termos do art. 26, caput, e respectivos §§ 1º e 2º, c/c o art. 9º, I, da Lei nº 8.080/90, compete à União Federal, por intermédio do Ministério da Saúde, estabelecer os critérios e os valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). II - Na espécie, em que se busca a correção da tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares do referido sistema, afigura-se manifesta a legitimidade passiva ad causam exclusiva da União Federal, não se vislumbrando, por conseguinte, a necessidade de formação de litisconsórcio passivo necessário com as demais unidades da federação. III Constatada, como no caso, a flagrante discrepância entre os valores previstos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP elaborada pela Agência Nacional de Saúde Complementar ANS para uniformização dos valores a serem ressarcidos ao SUS pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e aqueles constantes da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde SUS, impõe-se a uniformização de tais valores, de forma que, para um mesmo procedimento médico, no âmbito do SUS, o pagamento devido às unidades hospitalares que o efetuaram se realize pelo mesmo montante cobrado às operadoras de planos privados de assistência médica, prestigiando-se, assim, os princípios da razoabilidade, da proporcionalidade, da isonomia de tratamento e da segurança jurídica. IV - Apelação e remessa oficial desprovidas. Sentença confirmada. (AC 1018549-31.2018.4.01.3400, DESEMBARGADOR FEDERAL SOUZA PRUDENTE, TRF1 - QUINTA TURMA, PJe 01/07/2020 PAG.). Grifei

Por fim, a Suprema Corte, no julgamento do RE 666.094, reconheceu Repercussão Geral – Tema 1.033, sobre a presente matéria, *verbis*:

DIREITO CONSTITUCIONAL E SANITÁRIO. RECURSO EXTRAORDINÁRIO. RESSARCIMENTO DE UNIDADE PRIVADA DE SAÚDE. TABELA SUS. REPERCUSSÃO GERAL. 1. A decisão recorrida condenou o Distrito Federal a pagar a estabelecimento privado de saúde o valor referente a serviços prestados em cumprimento de ordem judicial. 2. Constitui questão constitucional relevante definir se a imposição de pagamento pelo Poder Público de preço arbitrado pela unidade hospitalar viola o regime de contratação pública da rede complementar de saúde (art. 199, §§ 1º e 2º, da CF/1988), ou se o ressarcimento com base em preço tabelado pelo SUS ofende princípios da ordem econômica. 3. Repercussão geral reconhecida. (RE 666094 RG, Relator(a): ROBERTO BARROSO, Tribunal Pleno, julgado em 21/02/2019, DJe-282 DIVULG 17-12-2019 PUBLIC 18-12-2019). Grifei

Ocorre que em **30.09.2021**, cujo Acórdão foi publicado em 04.02.2022, foi julgado o mérito do tema, sendo fixada a seguinte tese: “o ressarcimento de serviços de saúde prestados por unidade privada em favor de paciente do Sistema Único de Saúde, em cumprimento de ordem judicial, deve utilizar como critério o mesmo que é adotado para o ressarcimento do Sistema Único de Saúde por serviços prestados a beneficiários de planos de saúde”:





DIREITO CONSTITUCIONAL E SANITÁRIO. RECURSO EXTRAORDINÁRIO. REPERCUSSÃO GERAL. IMPOSSIBILIDADE DE ATENDIMENTO PELO SUS. RESSARCIMENTO DE UNIDADE PRIVADA DE SAÚDE. 1. Em razão da ausência de vaga na rede pública, decisão judicial determinou o atendimento de paciente em hospital privado, às expensas do Poder Público. Discute-se, no presente processo, o critério a ser utilizado para esse ressarcimento. 2. O acórdão recorrido fixou o reembolso no montante cobrado pelo estabelecimento hospitalar privado, que considerou ser o valor praticado no mercado. O Distrito Federal, por sua vez, postula no presente recurso que o valor do ressarcimento tenha como limite a Tabela do SUS. 3. A Constituição admite duas modalidades de execução de serviços de saúde por agentes privados: a complementar e a suplementar. A saúde complementar designa ações e serviços de saúde que a entidade privada pratica mediante convênio com o Poder Público e sujeitando-se às regras do SUS. 4. A saúde suplementar, por sua vez, abrange atividades de profissionais de saúde, clínicas, hospitais particulares e operadoras de planos de saúde que não têm uma relação comercial com o Poder Público, sujeitando-se, apenas, à regulação da Agência Nacional de Saúde – ANS. 5. O ressarcimento, segundo as diretrizes e valores do SUS, a um agente privado que não aderiu ao sistema público pela celebração de convênio, viola a livre iniciativa (CF, art. 170, caput) e a garantia de propriedade privada (CF, arts. 5º, XXII e 170, II). Por outro lado, a execução privada do serviço de saúde não afasta sua relevância pública (CF, art. 177). 6. Diante disso, é razoável que se adote, em relação ao ressarcimento da rede privada, o mesmo critério utilizado para ressarcimento do Sistema Único de Saúde por serviços prestados a beneficiários de planos de saúde. Até dezembro de 2007, tal critério era a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP. Após, passou a ser a Tabela do SUS, ajustada de acordo com as regras de valoração do SUS e multiplicada pelo Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR. 7. Os valores de referência constantes da TUNEP, bem como o IVR multiplicador da Tabela do SUS, são fixados pela ANS, que tem o dever de atuar como árbitro imparcial do sistema. Naturalmente, sempre poderá ser feita uma avaliação da existência efetiva e razoabilidade dos tratamentos adotados. 8. Recurso extraordinário provido em parte, com a fixação da seguinte tese de julgamento: “O ressarcimento de serviços de saúde prestados por unidade privada em favor de paciente do Sistema Único de Saúde, em cumprimento de ordem judicial, deve utilizar como critério o mesmo que é adotado para o ressarcimento do Sistema Único de Saúde por serviços prestados a beneficiários de planos de saúde”. (RE 666094, Relator(a): ROBERTO BARROSO, Tribunal Pleno, julgado em 30/09/2021, PROCESSO ELETRÔNICO REPERCUSSÃO GERAL - MÉRITO DJe-020 DIVULG 03-02-2022 PUBLIC 04-02-2022). Grifei

Já em relação ao ressarcimento dos valores quando o beneficiário de um plano de saúde utiliza o serviço de saúde do SUS, verifico que há procedimento próprio a ser seguido tanto pelas entidades privadas, como também pela ANS até os recursos chegarem ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, nos termos da Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito



privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade e, simultaneamente, das disposições da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

- a) custeio de despesas;
- b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
- c) reembolso de despesas;
- d) mecanismos de regulação;
- e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
- f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.

Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas às suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32.

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS.

§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a





discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.

§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o 15º (décimo quinto) dia da data de recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS.

§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:

I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;

II - multa de mora de dez por cento.

§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.

§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.

§ 7º A ANS disciplinará o processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo, cabendo-lhe, inclusive, estabelecer procedimentos para cobrança dos valores a serem ressarcidos.

§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.

§ 9º Os valores a que se referem os §§ 3º e 6º deste artigo não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal. Grifei

Nesse caso, as entidades privadas, sejam hospitais, laboratórios, clínicas etc., são obrigadas a fornecer, periodicamente, à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares, e Municípios onde residem. Desse modo, cabe à ANS proceder ao ressarcimento dos serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS. Assim, o ressarcimento será efetuado pelas entidades privadas ao SUS (do qual é partícipe o Município), mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, até o 15º dia da data do recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS.

Não se está falando da responsabilidade constitucional solidária tripartite em matéria de saúde pública, como à primeira vista possa parecer.

É que, se o art. 32 da Lei nº 9.656/98 prevê o ressarcimento do ente privado ao SUS, a apropriação unilateral por parte da União Federal de toda a verba quando o serviço foi prestado na rede municipal, a revelar um atuar por parte da Administração contrário à



norma que regulamenta uma das formas de arrecadação por parte do SUS, acaba por onerar excessivamente o Município, que arca sozinho com custos hospitalares e ambulatoriais prestados e comprovados na sua rede de atendimento, com recursos que já possuem destinação específica, como dito (Fundo a Fundo - Parágrafo Único do art. 2º da Lei 8.8080/90).

Tanto é assim, que a própria União Federal admite que poderá haver um aumento do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade, ou Teto MAC, disciplinado pela Portaria Ministerial n. 204/2007, quando o valor for insuficiente, o que é a tese do município-autor, eis que referida Portaria trata dos repasses à título de serviços hospitalares e ambulatoriais agora em grupos de financiamento.

Importante ressaltar que os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos, bem como não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal.

Diante disso, evidencia-se o dever da União em efetuar o repasse ao município autor de todas as despesas médicas por ele suportadas quando suas unidades de saúde realizam atendimento de pacientes detentores de planos de saúde ao final do processo administrativo instaurado entre as operadoras de saúde e a ANS, haja vista que os valores são recolhidos aos cofres do Fundo Nacional de Saúde – FNS, bem como o seu dever de compartilhar em quotas iguais os valores ressarcidos ao Sistema Único de Saúde (SUS), que ocorre quando os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde são realizados em instituições privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do sistema público.

III – DISPOSITIVO

Forte em tais razões, **JULGO PROCEDENTES OS PEDIDOS** para **determinar** que a União promova em favor do Município-autor a revisão da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SUS, aplicando-se no mínimo a tabela TUNEP para os procedimentos existentes naquela tabela, ou na sua ausência o Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR, aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares que tenham valores defasados para com a tabela SUS; **determino** que a União repasse ao Município-autor a integralidade dos valores ressarcidos ao Sistema Único de Saúde (SUS), que ocorreu quando os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde foram realizados na rede hospitalar própria municipal, integrantes do sistema público, observando-se os limites dos contratos celebrados conforme artigo 32 da Lei nº 9.656/1998, atualmente ressarcidos exclusivamente a União; **determino**, ainda, que a União compartilhe em quotas iguais os valores ressarcidos ao Sistema Único de Saúde (SUS), que ocorre quando os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde são realizados em instituições privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do sistema público, observando-se os limites dos contratos celebrados, conforme artigo 32 da Lei 9.656/1998, atualmente ressarcidos exclusivamente a União.

Todas as determinações serão apuradas em sede de liquidação de sentença por arbitramento, nos termos dos arts. 491, § 1º e 509, inciso I, ambos do CPC.

CONDENO, ainda, a parte ré ao pagamento dos valores retroativos contados





do ajuizamento da presente ação, respeitando a prescrição quinquenal, aplicando-se no mínimo a tabela TUNEP para os procedimentos existentes naquela tabela ou na sua ausência o Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR, aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares que tenham valores defasados para com a tabela SUS, por ser a primeira uma tabela mais recente, e apresentar um custo unitário mais atual, bem como o repasse ao município autor da integralidade dos valores ressarcidos ao Sistema Único de Saúde (SUS), que ocorreu quando os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde foram realizados na rede hospitalar própria municipal, integrantes do sistema público, observando-se os limites dos contratos celebrados conforme artigo 32 da Lei nº 9.656/1998, e de compartilhar em quotas iguais os valores ressarcidos ao Sistema Único de Saúde (SUS), que ocorre quando os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde são realizados em instituições privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do sistema público, observando-se os limites dos contratos celebrados, conforme artigo 32 da Lei 9.656/1998, cuja atualização monetária incidirá de acordo com os parâmetros fixados pelo Manual de Cálculos da Justiça Federal, tudo isso a ser apurado em liquidação de sentença.

Registro que, em fase de liquidação de sentença, deverá o autor apresentar os documentos referentes aos procedimentos médicos realizados e os respectivos valores, conforme as tabelas em comento, com o objetivo de individualizar os pagamentos que foram realizados a menor.

CONDENO a parte ré, ainda, na verba honorária de sucumbência, bem como em custas processuais em ressarcimento, devendo o percentual mínimo ser fixado após a liquidação do presente julgado, nos termos do art. 85, §§3º e 4º, II do CPC.

Resolvo o mérito, nos termos do art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

Sentença sujeita à remessa necessária.

Publique-se. Intimem-se.

Sentença registrada eletronicamente.

Brasília, assinado na data constante do rodapé.

(assinado digitalmente)

BRUNO ANDERSON SANTOS DA SILVA

Juiz Federal Substituto da 3ª Vara Federal/SJDF, no exercício da Titularidade.

[1] Art. 355. O juiz julgará antecipadamente o pedido, proferindo sentença com resolução de mérito, quando:





I - não houver necessidade de produção de outras provas;

[2] RE nº 631.240/MG.



Número: **1101056-73.2023.4.01.3400**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Federal Cível da SJDF**

Última distribuição : **17/10/2023**

Valor da causa: **R\$ 100.000,00**

Assuntos: **Reajuste da tabela do SUS**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado		
MUNICIPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA (AUTOR)		DANIEL QUEIROGA GOMES (ADVOGADO)		
UNIÃO FEDERAL (REU)				
Documentos				
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo	Polo
212650226 3	22/05/2024 15:15	Sentença Tipo A	Sentença Tipo A	Interno



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL
Seção Judiciária do Distrito Federal
3ª Vara Federal Cível da SJDF

SENTENÇA TIPO "A"

PROCESSO: 1101056-73.2023.4.01.3400

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

POLO ATIVO: MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA

REPRESENTANTES POLO ATIVO: DANIEL QUEIROGA GOMES - PE34962

POLO PASSIVO: UNIÃO FEDERAL

SENTENÇA

I – RELATÓRIO

Trata-se de **AÇÃO ORDINÁRIA** ajuizada pela **MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA** em face da **UNIÃO FEDERAL**, em que pretende provimento jurisdicional, a fim de: (C) *Que sejam julgados procedentes os pedidos formulados pelo Município Autor, em favor das unidades de saúde listadas neste impresso, para: (C1) Reconhecendo-se a enorme defasagem dos valores constantes da "Tabela de Procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS", causadora do total desequilíbrio da equação econômico- financeira da relação jurídica existente entre a União-ré e o Município-autor, para que determine que a requerida promova uma revisão por equiparação dos valores de todos os itens dispostos na referida "Tabela", aplicando-se no mínimo a tabela TUNEP para os procedimentos existentes naquela tabela ou na sua ausência o Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR, aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares que tenham valores defasados para com a tabela SUS, por ser a "TUNEP" uma tabela mais recente, e apresentar um custo unitário mais atual, observando-se, para tanto, a conclusão da liquidação de sentença a ser realizada nestes autos, a fim de resgatar o equilíbrio jurídico-financeiro, condenando, ainda, a Ré ao pagamento dos valores retroativos aos últimos 05 (cinco) anos, contados da data da propositura da presente demanda; (C2) Que a UNIÃO FEDERAL - RÉ, seja compelida a repassar ao Município-Autor a INTEGRALIDADE dos valores ressarcidos ao Sistema Único de Saúde (SUS), que ocorreu quando os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde foram realizados na rede hospitalar própria municipal, integrantes do sistema público, observando-se os limites dos contratos celebrados, conforme*





artigo 32 da Lei 9.656/1998, atualmente ressarcidos exclusivamente a União Federal, todos os valores recebidos nos últimos 05 (cinco) anos, contados da data da propositura da presente demanda; (C3) Que a UNIÃO FEDERAL - RÉ, seja compelida a compartilhar em quotas iguais os valores ressarcidos ao Sistema Único de Saúde (SUS), que ocorre quando os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde são realizados em instituições privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do sistema público, observando-se os limites dos contratos celebrados, conforme artigo 32 da Lei 9.656/1998, atualmente ressarcidos exclusivamente a União Federal, os valores recebidos nos últimos 05 (cinco) anos, contados da data da propositura da presente demanda;

Informou que se trata de ação, com pedidos autônomos e independentes, movida em desfavor da União Federal, cuja pretensão das unidades de saúde representadas pelo ente municipal, é, em suma, que seja determinada a revisão dos valores constantes da Tabela de Procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS, a fim de se restabelecer o equilíbrio econômico-financeiro da relação jurídica contratual estabelecida entre o Município e a União Federal.

A inicial veio acompanhada de procuração e documentos.

Isento de custas.

Foi apresentada contestação, sendo aduzidas preliminares de ilegitimidade ativa do Município, de ilegitimidade passiva da União e de ausência de citação de litisconsórcio necessário. No mérito, requereu a improcedência dos pedidos.

Houve réplica.

É o que importava a relatar. **DECIDO.**

II – FUNDAMENTAÇÃO

O Processo comporta julgamento antecipado da lide, não havendo necessidade de dilação probatória, conforme disposição do art. 355, inciso I, do CPC 1.

Preliminar de ilegitimidade passiva e ativa *ad causam* e de ausência de citação de litisconsórcio necessário

A preliminar de ilegitimidade passiva *ad causam* arguida pela União para figurar no polo passivo da presente demanda, não se coaduna com o entendimento deste juízo, visto que há a possibilidade de ajuizamento da ação contra um, alguns, ou todos os entes estatais, compelindo o reconhecimento da responsabilidade solidária da União, Estados-Membros, Distrito federal e Municípios, de maneira que qualquer um deles tenha legitimidade para figurar no polo





passivo das demandas que tratem a respeito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Nesse sentido, destaco o julgado da Suprema Corte, *in verbis*:

RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM AGRAVO (LEI Nº 12.322/2010) – EMBARGOS DE DECLARAÇÃO RECEBIDOS COMO RECURSO DE AGRAVO – RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DAS PESSOAS POLÍTICAS QUE INTEGRAM O ESTADO FEDERAL BRASILEIRO, NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) – COMPETÊNCIA COMUM DOS ENTES FEDERADOS (UNIÃO, ESTADOS-MEMBROS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS) EM TEMA DE PROTEÇÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE PÚBLICA E/OU INDIVIDUAL (CF, ART. 23, II) – DETERMINAÇÃO CONSTITUCIONAL QUE, AO INSTITUIR O DEVER ESTATAL DE DESENVOLVER AÇÕES E DE PRESTAR SERVIÇOS DE SAÚDE, TORNA AS PESSOAS POLÍTICAS RESPONSÁVEIS SOLIDÁRIAS PELA CONCRETIZAÇÃO DE TAIS OBRIGAÇÕES JURÍDICAS, O QUE LHE CONFERE LEGITIMAÇÃO PASSIVA “AD CAUSAM” NAS DEMANDAS MOTIVADAS POR RECUSA DE ATENDIMENTO NO ÂMBITO DO SUS – CONSEQUENTE POSSIBILIDADE DE AJUIZAMENTO DA AÇÃO CONTRA UM, ALGUNS OU TODOS OS ENTES ESTATAIS – PRECEDENTES – RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO. (ARE 825641 ED, Relator (a): Min. CELSO DE MELLO, Segunda Turma, julgado em 16/09/2014, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-194 DIVULG 03-10-2014 PUBLIC 06-10-2014).

Grifei.

Ainda, evidenciando a legitimidade passiva da demandada na espécie, ressalto o vínculo existente entre o Ministério da Saúde – MS, órgão que compõe a Administração Direta e a União, pessoa jurídica de direito público interno que, na própria contestação, indicou diversas Portarias editadas pelo referido órgão, em que realiza adequações na Tabela de procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS de acordo com prioridades estabelecidas com base em estudos técnicos, que avaliam o impacto das ações e serviços de saúde, ou seja, em caso de eventual procedência do pedido, seria a União, sim, através do MS, a competente para implementar tais reajustes.

Nesse mesmo diapasão, a jurisprudência firme do STJ, *verbis*:

PROCESSUAL CIVIL E ADMINISTRATIVO. CONTRATO ADMINISTRATIVO. SUS. LEGITIMIDADE DA UNIÃO. LISTICONSÓRCIO PASSIVO. DESNECESSIDADE. TABELA DA TUNEP. REAJUSTE. EQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO. REEXAME DE PROVAS. IMPOSSIBILIDADE. 1. Compete à União Federal, por intermédio do Ministério da Saúde, estabelecer os critérios e os valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2. Conforme jurisprudência pacífica desta Corte de Justiça, não há necessidade de formação de litisconsórcio passivo necessário com as demais unidades da Federação, visto que a responsabilidade pelo funcionamento do SUS é solidária, podendo a União figurar no polo passivo da lide, inclusive de forma isolada. 3. O Tribunal de origem expressamente reconheceu a discrepância entre os valores previstos na tabela TUNEP e aqueles praticados pela tabela do SUS, razão pela qual determinou o reajuste pretendido pela unidade hospitalar, sendo certo que a análise da pretensão demanda a incursão no acervo fático-probatório, providência inviável, em face da Súmula 7 do STJ. 4. Agravo interno desprovido. (AgInt no AREsp n. 2.010.974/DF, relator Ministro Gurgel de Faria, Primeira Turma, julgado em 2/5/2022, DJe de 9/5/2022.).

Grifei





Em caso análogo, o TRF1 manifestou-se acerca da legitimidade passiva da União nas ações que versam sobre reajuste da tabela SUS, vejamos:

ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE RITO ORDINÁRIO. CORREÇÃO DO VALOR DA TABELA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE TABELA SUS. DESEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO DA RELAÇÃO JURÍDICO-CONTRATUAL. VIOLAÇÃO AOS PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE, DA PROPORCIONALIDADE E DA ISONOMIA. POSSIBILIDADE DE APLICAÇÃO DA TABELA TUNEP OU IVR. PRELIMINARES REJEITADAS. SENTENÇA MANTIDA. 1. Nos termos do art. 26 c/c o art. 9º, I, da Lei nº 8.080/90, é da competência da União, por intermédio do Ministério da Saúde, estabelecer os critérios e os valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial. Na espécie, como se busca a correção da tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS, atribuição que é de competência da União, resta patente a legitimidade passiva deste ente para a causa, não cabendo falar em formação de litisconsórcio passivo necessário com Estado e Município. Preliminares rejeitadas. 2. A controvérsia cinge-se à possibilidade de revisão dos valores constantes da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde -SUS, tendo como base valores previstos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP, IVR ou outra tabela que a ANS utiliza para cumprir o fim previsto no art. 32 da Lei 9.656/98, com vistas à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro de relação jurídico-contratual de unidade hospitalar privada com a Administração Pública, em razão de sua atuação no âmbito da assistência complementar à saúde. 3. Se quando a rede pública presta serviços a pacientes beneficiários de planos de saúde privados, tais operadoras de plano de saúde realizam o ressarcimento da rede pública com base na tabela TUNEP, justo que, em atenção ao princípio da razoabilidade, proporcionalidade e isonomia, quando as unidades hospitalares privadas atuarem no âmbito da assistência complementar à rede pública de saúde, nos termos do § 1º do art. 199 da Constituição, o SUS venha a ressarcí-las com base nessa mesma tabela. (AC1018549-31.2018.4.01.3400, Rel. Desembargador Federal Souza Prudente, Quinta Turma, julg. 24/06/2020). 4. Verificando-se manifesta discrepância entre os valores previstos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP, elaborada pela Agência Nacional de Saúde Complementar ANS para uniformização dos valores a serem ressarcidos ao SUS pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, e aqueles constantes da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde SUS, impõe-se a revisão dos valores dos serviços prestados pelo hospital privado em assistência complementar à saúde, de modo a preservar-se equilíbrio econômico-financeiro da relação contratual, sendo medida que se alinha aos princípios da isonomia, da razoabilidade e da proporcionalidade e que encontra amparo no art. 26 da Lei 8080/90. 5. Não prospera a alegação de não haver direito à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato por não ter a parte autora comprovado a existência de contrato administrativo formalizado perante a União, tendo em vista que foram colacionados aos autos documentos que comprovam a efetiva prestação de serviços de saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) por parte da autora. 6. Tampouco merece amparo o argumento da União de que não caberia a revisão do contrato à vista da possibilidade de o autor apenas desconstituir o vínculo contratual com a União, dado que tal alegação não soluciona a questão relativa ao desequilíbrio existente entre o que se paga e o que se recebe como pagamento pelos mesmos serviços prestados, de um lado, pela União, de outro, pelo particular. (AC 1007086-58.2019.4.01.3400, Rel. Desembargador Federal Jirair Aram Meguerian, Sexta Turma, julg. 01/06/2020). 7. Apelação a que se nega provimento. 8. Honorários advocatícios, fixados na origem nos percentuais mínimos de cada faixa dos incisos do §3º do art. 85 do CPC, majorados em 2% (art. 85, §11, do CPC), a serem apurados na liquidação do julgado, nos termos do art. 85, §4º, II, do CPC. (AC 1077340-





85.2021.4.01.3400, DESEMBARGADORA FEDERAL DANIELE MARANHÃO COSTA, TRF1 - QUINTA TURMA, PJe 15/07/2022 PAG.).

Grifei

Firmada essa compreensão, ressalto a atribuição estabelecida pela Constituição Federal à União, acerca da competência privativa para legislar sobre seguridade social. Vejamos:

Art. 22. Compete privativamente à União legislar sobre:

XXIII - seguridade social;

Assim sendo, no âmbito federal, os recursos financeiros destinados ao SUS, originários da Seguridade Social, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde, nos termos da lei nº 8.080/90, a seguir transcrito:

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias. [...]

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

Grifei

Portanto, verifica-se que a gestão federal da saúde é realizada por meio do Ministério da Saúde, que formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avaliam políticas e ações, o que ocorre de forma solidária e participativa entre os três entes da Federação, sendo a União a principal financiadora da rede pública de saúde.

Além disso, o entendimento da Suprema Corte anteriormente mencionado revela a desnecessidade da presença dos demais entes federados em litisconsórcio passivo necessário, uma vez que, nos termos do art. 275 do Código Civil, nada obsta que a responsabilidade seja exigida por inteiro de apenas um dos entes. Neste sentido, confira-se:

[...]Precedentes do STJ e do STF" (AC 0030601-48.2010.4.01.3500/GO, Rel. Desembargador Federal Souza Prudente, Quinta Turma, e-DJF1 de 10/01/2014, p. 323). 3. Não procede a preliminar de nulidade da sentença por ausência de litisconsórcio passivo necessário do Estado de São Paulo e do Município de Monte Mor uma vez que, da solidariedade entres os entes federativos não decorre o litisconsórcio passivo necessário, mas tão somente o facultativo, de modo que a parte pode ajuizar a ação contra a União, o Distrito Federal, os Estados e os Municípios sem que se caracterize nulidade (AC 0002356-16.2009.4.01.4000/PI, Rel. Desembargador Federal João Batista Moreira, Rel. Conv. Juiz Federal Marcelo Velasco Nascimento Albernaz, Quinta Turma, e-DJF1 p.156 de 14/01/2013; AGRAC 0020734-09.2007.4.01.3800/MG, Rel. Desembargador Federal João Batista Moreira, Quinta Turma, e-DJF1 p.280 de 12/04/2011). [...] (AC 0038610-42.2009.4.01.3400 / DF, Rel. DESEMBARGADOR FEDERAL NÉVITON GUEDES, QUINTA TURMA, e-DJF1 p.1018 de 08/09/2015) Destaquei. [...]5. Recurso Especial parcialmente conhecido e, nessa parte, desprovido.(STJ - REsp 1035819/CE, Rel. Ministro LUIZ FUX, PRIMEIRA TURMA, julgado em 19/10/2010, DJe 04/11/2010).



Grifei

Em relação à **ilegitimidade ativa do município** arguida pela União, observo que o autor representa todas as unidades de saúde públicas situadas em seu território, conforme constam na base de dados da própria União.

Ademais, o Sistema Único de Saúde – SUS é um sistema de saúde baseado nos princípios da universalidade, integralidade e descentralização. Logo os municípios, como entes federativos, integram esse sistema e têm responsabilidade na execução das políticas de saúde em seus territórios.

É certo que os repasses de recursos da União para os municípios ocorrem através do “fundo a fundo”, buscando descentralizar a gestão e permitir que os entes locais tenham autonomia na implementação das ações de saúde. Mas, contrariamente à tese de ilegitimidade sustentada pela União, o município autor é parte legítima para pleitear o reajuste da Tabela SUS - TUNEP/IVR, na medida em que ele é responsável pela gestão e execução das ações e serviços de saúde em sua localidade, tornando-o um executor direto das políticas públicas de saúde, e, portanto, interessado na adequada remuneração pelos serviços prestados.

Além disso, a defasagem na Tabela SUS pode impactar diretamente a capacidade do município em fornecer serviços de saúde de qualidade à população, prejudicando o acesso aos cuidados necessários.

Ademais, o município, ao representar uma instituição de saúde, como uma Santa Casa por ex, atua de forma solidária na promoção da saúde, o que justifica sua legitimidade em pleitear ajustes que impactem diretamente os serviços prestados. Lembrando que essa atuação deve ser pautada na defesa do acesso universal à saúde e na garantia de recursos adequados para a prestação de serviços de qualidade.

Em sendo assim, o município é parte legítima para pleitear o reajuste da Tabela SUS - TUNEP/IVR, dada sua função como executor das políticas de saúde e representante direto das necessidades da população local.

Por fim, do mesmo modo em que é cabível a revisão dos valores constantes da “Tabela de Procedimentos ambulatoriais e hospitalares do Sistema Único de Saúde – SUS”, que tem como base a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP ou, na sua ausência, o Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR, aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de unidades da rede privada que tenham valores defasados para com a tabela SUS, **igual raciocínio deve ser aplicado quando o município autor, representando suas unidades de saúde, realiza a prestação desses serviços à população, cujos valores dos repasses se encontram defasados.**

Portanto, **REJEITO** as questões preliminares arguidas pela ré.

Mérito



Busca o Município reconhecimento ao direito de revisão dos valores de todos os itens dispostos na "Tabela de Procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS", em razão do desequilíbrio da equação econômico-financeira da relação jurídica existente entre ele e a União, aplicando-se no mínimo a tabela TUNEP para os procedimentos existentes naquela tabela ou na sua ausência o Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR, aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares que tenham valores defasados para com a tabela SUS, prestigiando-se, assim, os princípios da razoabilidade, da proporcionalidade, da isonomia de tratamento e da segurança jurídica.

Além disso, também pleiteia que a União seja obrigada a repassar ao Município a integralidade dos valores ressarcidos ao Sistema Único de Saúde (SUS), no caso de atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde realizados na rede hospitalar própria municipal, integrantes do sistema público, conforme artigo 32 da Lei 9.656/1998.

Da análise das alegações sustentadas nos autos, infiro que há harmonia entre o direito subjetivo pleiteado na inicial acerca do adequando reajuste da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SUS, e os princípios da razoabilidade, da proporcionalidade, da isonomia de tratamento e da segurança jurídica.

Ante a integração dos preceitos da Carta Magna de 1988, que possui um sistema unitário de regras e princípios, apreendo da sua interpretação que garantir a fruição do direito à saúde é de fundamental relevância para efetivar a dignidade da pessoa humana. Vide:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

III - a dignidade da pessoa humana;

Conforme já mencionado, o Sistema Único de Saúde – SUS é integrado também por Estados, Municípios e pelo Distrito Federal, os quais também ocupam a posição de financiadores do sistema, assim como a União, nos termos da Constituição Federal, *in verbis*:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não





podendo ser inferior a 15% (quinze por cento);

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º;

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

§ 14. Compete à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios e às entidades filantrópicas, bem como aos prestadores de serviços contratualizados que atendam, no mínimo, 60% (sessenta por cento) de seus pacientes pelo sistema único de saúde, para o cumprimento dos pisos salariais de que trata o § 12 deste artigo.

§ 15. Os recursos federais destinados aos pagamentos da assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios e às entidades filantrópicas, bem como aos prestadores de serviços contratualizados que atendam, no mínimo, 60% (sessenta por cento) de seus pacientes pelo sistema único de saúde, para o cumprimento dos pisos salariais de que trata o § 12 deste artigo serão consignados no orçamento geral da União com dotação própria e exclusiva.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização. (...)

Grifei

Por sua vez, a Lei nº 8.080/90 estabelece o seguinte:





Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

Art. 16. À direção nacional do SUS compete:

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;



Art. 18. À direção municipal do SUS compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.





§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

Grifei

Já a Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, disciplina que:

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

- I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;





II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Grifei

Dos dispositivos aplicáveis à espécie ressalto que, precipuamente, compete ao Estado o dever de materializar o direito à saúde, conforme lhe atribuiu a Constituição da República Federativa do Brasil, proporcionando a todos os cidadãos melhores condições de vida, concretizando a realização da igualdade.



Essa é a regra!

A Constituição Federal realça a característica do Estado Social, garantidor das liberdades positivas, centrado na proteção dos hipossuficientes e na busca da igualdade material entre os homens, realizada por intermédio da implementação de políticas sociais e econômicas, que culminam em uma ação positiva, que na hipótese é realizada por meio do Sistema Único de Saúde, garantidor do direito à saúde, com base nos princípios da integralidade, equidade e universalidade a fim de dar assistência a toda população de forma integral, competindo ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, nos termos da lei.

O Sistema Único de Saúde – SUS, conjunto de ações e serviços de saúde, tem como característica a descentralização, sendo composto pelos entes federativos: União, Estados, Municípios e o Distrito Federal. Cada um desses entes tem responsabilidades específicas na organização e gestão do sistema, exercendo a administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde, além do fato de que os municípios possuem a responsabilidade pela execução das ações e serviços de saúde em suas localidades.

O SUS é financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes, sendo obrigatório aos entes a aplicação anualmente nos percentuais previstos na Lei Maior: no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15%; no caso dos Estados, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; no caso dos Municípios, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde são depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde. O Ministério da Saúde tem a atribuição de acompanhar a aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios, inclusive, sendo constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, aplicar as medidas previstas em lei. Além disso, as autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sábria a Constituição Federal, também previu que a Lei Complementar, que será reavaliada a cada 5 anos, estabelecerá esses percentuais, os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde que serão destinados aos Estados e aos Municípios, bem como dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, justamente objetivando a progressiva redução das disparidades regionais que possam ocorrer.

Corroborando, à direção nacional do SUS compete prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional; já à direção estadual do SUS compete prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; por fim, à direção municipal do SUS compete planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde.



Por sua vez, a Lei nº 8.142/90 estabeleceu de forma clara que como os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados, bem como serão repassados aos Municípios.

Podemos concluir que **os repasses desses recursos para os municípios ocorrem por meio do “fundo a fundo”**, uma modalidade que busca descentralizar a gestão e conferir autonomia aos entes locais na implementação das políticas de saúde.

Lado outro, tanto à Constituição Federal como as leis infraconstitucionais citadas nesta sentença possibilitam a assistência à saúde à iniciativa privada, inclusive **podendo participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, mediante contrato de direito público ou convênio.**

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no texto constitucional, respeitando a conjugação dos recursos financeiros na prestação dos serviços à saúde.

Desse modo, os serviços de saúde podem ser executados diretamente pelo SUS, por meio da União, Estados e Municípios, ou de forma complementar, pela iniciativa privada, podendo, inclusive, os municípios celebrarem contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução.

Nota-se, ainda, que, em caso de insuficiência de recursos do SUS para garantir a cobertura assistencial à população, ele poderá se socorrer à iniciativa privada para suprir essa deficiência, que repisa-se, será feita mediante contrato ou convênio celebrado entre as partes.

Celebrado contrato ou convênio entre o Município e a iniciativa privada, os critérios e valores para a remuneração desses serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde, bem como a forma de reajuste e de pagamento da remuneração, que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados e o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

Ocorre que há carência no reajuste dos valores da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do SUS, proporcionalmente aos valores despendidos pela parte autora, gera um déficit financeiro ao parceiro privado, ocasionado, também, pelo aumento do custo de todos os procedimentos médico-hospitalares e demais insumos necessários a execução dos serviços prestados, prejudicando ainda mais o equilíbrio econômico-financeiro da relação jurídico-contratual, potencializando, assim, a ocorrência de prejuízos ao parceiro privado, o que, por conseguinte pode inviabilizar suas atividades empresariais e a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

Não há dúvidas quanto a natureza contratual (de Direito Público), com espeque no que preceituam os arts. 199, § 1º, da CF/88, e 24 e ss. da Lei nº. 8.080/90, entre o Poder Público e a instituição privada. Além disso, convém ressaltar que os valores dos procedimentos médico-hospitalares dispostos na chamada “Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP”, que, como se sabe, foi elaborada pela Agência Nacional de Saúde Complementar – ANS (Agência Reguladora Federal) com vistas à uniformização dos valores a serem ressarcidos ao SUS pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, evidenciam, ainda que implicitamente, que os valores



dispostos na “Tabela de Procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS” tornaram-se insuficientes para remunerar o prestador privado, que em parceria com o Poder Público complementa os serviços prestados pela rede pública de saúde à população em geral.

Por conseguinte, a falta de reajuste dos valores da Tabela de Procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS, proporcionalmente aos valores despendidos pela parte autora gera um **déficit financeiro ao parceiro privado**, prejudicado ainda mais frente ao aumento vertiginoso dos custos dos procedimentos médico-hospitalares e demais insumos no decorrer dos anos.

Ora, do mesmo modo que ocorre com a instituição privada, embora a relação entre o autor e a União seja de natureza administrativa, **entendo que o município autor também acaba absorvendo déficit financeiro em razão da defasagem dos valores da Tabela de Procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS prestados por suas unidades de saúde pública.**

Ante a relevância do serviço prestado pelo autor, mostra-se imprescindível o restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro, proporcionando a manutenção de seus objetivos sociais, assim como, conseqüentemente, o adequando repasse ao município, através da revisão dos valores estabelecidos na Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares, para garantir a efetiva qualidade de execução dos serviços prestados à população.

Nessa esteia, o Superior Tribunal de Justiça firmou compreensão que é possível o reajuste dos preços dos serviços médicos a fim de manter o equilíbrio financeiro, conforme se extrai do seguinte aresto:

ATO ADMINISTRATIVO OMISSIVO – REAJUSTE DO VALOR DE SERVIÇO PRESTADO AO SUS – EQUILÍBRIO FINANCEIRO DO CONTRATO. 1. Reavaliados os hospitais psiquiátricos da rede SUS, por ordem da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, surge a necessidade de reavaliação dos preços do serviço. 2. A Lei 8.666/93 (art. 65, § 6º) serve de base legal para o reajuste do contrato, a fim de manter seu equilíbrio financeiro. 3. Reajuste que deve observar, prioritariamente, os parâmetros estabelecidos em tabelas fornecidas pela Administração. 4. Segurança concedida. (MS 11.539/DF, Rel. Ministra ELIANA CALMON, PRIMEIRA SEÇÃO, julgado em 27/09/2006, DJ 06/11/2006, p. 290).

Grifei

No mesmo sentido, segue o entendimento do TRF-1 sobre a matéria objeto da presente demanda:

ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE RITO ORDINÁRIO. CORREÇÃO DO VALOR DA TABELA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE TABELA SUS. DESEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO DA RELAÇÃO JURÍDICO-CONTRATUAL. VIOLAÇÃO AOS PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE, DA PROPORCIONALIDADE E DA ISONOMIA. POSSIBILIDADE DE APLICAÇÃO DA TABELA TUNEP OU IVR. PRELIMINARES REJEITADAS. SENTENÇA MANTIDA. 1. Nos termos do art. 26 c/c o art. 9º, I, da Lei nº 8.080/90, é da competência da União, por intermédio do Ministério da Saúde, estabelecer os critérios e os valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial. Na espécie, como se busca a correção da tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS,



atribuição que é de competência da União, resta patente a legitimidade passiva deste ente para a causa, não cabendo falar em formação de litisconsórcio passivo necessário com Estado e Município. Preliminares rejeitadas. 2. A controvérsia cinge-se à possibilidade de revisão dos valores constantes da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde -SUS, tendo como base valores previstos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP, IVR ou outra tabela que a ANS utiliza para cumprir o fim previsto no art. 32 da Lei 9.656/98, com vistas à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro de relação jurídico-contratual de unidade hospitalar privada com a Administração Pública, em razão de sua atuação no âmbito da assistência complementar à saúde. 3. Se quando a rede pública presta serviços a pacientes beneficiários de planos de saúde privados, tais operadoras de plano de saúde realizam o ressarcimento da rede pública com base na tabela TUNEP, justo que, em atenção ao princípio da razoabilidade, proporcionalidade e isonomia, quando as unidades hospitalares privadas atuarem no âmbito da assistência complementar à rede pública de saúde, nos termos do § 1º do art. 199 da Constituição, o SUS venha a ressarcir-las com base nessa mesma tabela. (AC 1018549-31.2018.4.01.3400, Rel. Desembargador Federal Souza Prudente, Quinta Turma, julg. 24/06/2020). 4. Verificando-se manifesta discrepância entre os valores previstos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP, elaborada pela Agência Nacional de Saúde Complementar ANS para uniformização dos valores a serem ressarcidos ao SUS pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, e aqueles constantes da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde SUS, impõe-se a revisão dos valores dos serviços prestados pelo hospital privado em assistência complementar à saúde, de modo a preservar-se equilíbrio econômico-financeiro da relação contratual, sendo medida que se alinha aos princípios da isonomia, da razoabilidade e da proporcionalidade e que encontra amparo no art. 26 da Lei 8080/90. 5. Não prospera a alegação de não haver direito à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato por não ter a parte autora comprovado a existência de contrato administrativo formalizado perante a União, tendo em vista que foram colacionados aos autos documentos que comprovam a efetiva prestação de serviços de saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) por parte da autora. 6. Tampouco merece amparo o argumento da União de que não caberia a revisão do contrato à vista da possibilidade de o autor apenas desconstituir o vínculo contratual com a União, dado que tal alegação não soluciona a questão relativa ao desequilíbrio existente entre o que se paga e o que se recebe como pagamento pelos mesmos serviços prestados, de um lado, pela União, de outro, pelo particular. (AC 1007086-58.2019.4.01.3400, Rel. Desembargador Federal Jirair Aram Meguerian, Sexta Turma, julg. 01/06/ 2020). 7. Apelação da União e remessa necessária a que se nega provimento. 8. Honorários advocatícios, fixados na origem nos percentuais mínimos de cada faixa dos incisos do §3º do art. 85 do CPC, majorados em 2% (art. 85, §11, do CPC), a serem apurados na liquidação do julgado, nos termos do art. 85, §4º, II, do CPC. (AC 0016696-38.2017.4.01.3400, DESEMBARGADORA FEDERAL DANIELE MARANHÃO COSTA, TRF1 - QUINTA TURMA, PJe 06/08/2021 PAG.).

Grifei

ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE RITO ORDINÁRIO. CORREÇÃO DO VALOR DA TABELA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE TABELA SUS. DESEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO DA RELAÇÃO JURÍDICO-CONTRATUAL. VIOLAÇÃO AOS PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE, DA PROPORCIONALIDADE E DA ISONOMIA. POSSIBILIDADE DE APLICAÇÃO DA TABELA TUNEP OU IVR. PRELIMINARES REJEITADAS. SENTENÇA MANTIDA. 1. Nos termos do art. 26 c/c o art. 9º, I, da Lei nº 8.080/90, é da competência da União, por intermédio do Ministério da Saúde, estabelecer os critérios e os valores para a



remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial. Na espécie, como se busca a correção da tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS, atribuição que é de competência da União, resta patente a legitimidade passiva deste ente para a causa, não cabendo falar em formação de litisconsórcio passivo necessário com Estado e Município. Preliminares rejeitadas. 2. A controvérsia cinge-se à possibilidade de revisão dos valores constantes da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde -SUS, tendo como base valores previstos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP, IVR ou outra tabela que a ANS utiliza para cumprir o fim previsto no art. 32 da Lei 9.656/98, com vistas à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro de relação jurídico-contratual de unidade hospitalar privada com a Administração Pública, em razão de sua atuação no âmbito da assistência complementar à saúde. 3. Se quando a rede pública presta serviços a pacientes beneficiários de planos de saúde privados, tais operadoras de plano de saúde realizam o ressarcimento da rede pública com base na tabela TUNEP, justo que, em atenção ao princípio da razoabilidade, proporcionalidade e isonomia, quando as unidades hospitalares privadas atuarem no âmbito da assistência complementar à rede pública de saúde, nos termos do § 1º do art. 199 da Constituição, o SUS venha a ressarcir-las com base nessa mesma tabela. (AC 1018549-31.2018.4.01.3400, Rel. Desembargador Federal Souza Prudente, Quinta Turma, julg. 24/06/2020). 4. Verificando-se manifesta discrepância entre os valores previstos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP, elaborada pela Agência Nacional de Saúde Complementar ANS para uniformização dos valores a serem ressarcidos ao SUS pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, e aqueles constantes da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde SUS, impõe-se a revisão dos valores dos serviços prestados pelo hospital privado em assistência complementar à saúde, de modo a preservar-se equilíbrio econômico-financeiro da relação contratual, sendo medida que se alinha aos princípios da isonomia, da razoabilidade e da proporcionalidade e que encontra amparo no art. 26 da Lei 8080/90. 5. Não prospera a alegação de não haver direito à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato por não ter a parte autora comprovado a existência de contrato administrativo formalizado perante a União, tendo em vista que foram colacionados aos autos documentos que comprovam a efetiva prestação de serviços de saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) por parte da autora. 6. Tampouco merece amparo o argumento da União de que não caberia a revisão do contrato à vista da possibilidade de o autor apenas desconstituir o vínculo contratual com a União, dado que tal alegação não soluciona a questão relativa ao desequilíbrio existente entre o que se paga e o que se recebe como pagamento pelos mesmos serviços prestados, de um lado, pela União, de outro, pelo particular. (AC 1007086-58.2019.4.01.3400, Rel. Desembargador Federal Jirair Aram Meguerian, Sexta Turma, julg. 01/06/ 2020). 7. Apelação da União e remessa necessária a que se nega provimento. 8. Honorários advocatícios, fixados na origem nos percentuais mínimos de cada faixa dos incisos do §3º do art. 85 do CPC, majorados em 2% (art. 85, §11, do CPC), a serem apurados na liquidação do julgado, nos termos do art. 85, §4º, II, do CPC. (AC 1025504-78.2018.4.01.3400, DESEMBARGADORA FEDERAL DANIELE MARANHÃO COSTA, TRF1 - QUINTA TURMA, PJe 28/07/2021 PAG.).

Grifei

ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE RITO ORDINÁRIO. CORREÇÃO DO VALOR DA TABELA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE TABELA SUS. DESEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO DA RELAÇÃO JURÍDICO-CONTRATUAL. VIOLAÇÃO AOS PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE, DA PROPORCIONALIDADE E DA ISONOMIA. POSSIBILIDADE DE APLICAÇÃO DA TABELA TUNEP OU IVR. PRELIMINARES REJEITADAS. SENTENÇA



MANTIDA. 1. Nos termos do art. 26 c/c o art. 9º, I, da Lei nº 8.080/90, é da competência da União, por intermédio do Ministério da Saúde, estabelecer os critérios e os valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial. Na espécie, como se busca a correção da tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS, atribuição que é de competência da União, resta patente a legitimidade passiva deste ente para a causa, não cabendo falar em formação de litisconsórcio passivo necessário com Estado e Município. Preliminares rejeitadas. 2. A controvérsia cinge-se à possibilidade de revisão dos valores constantes da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde -SUS, tendo como base valores previstos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP, IVR ou outra tabela que a ANS utiliza para cumprir o fim previsto no art. 32 da Lei 9.656/98, com vistas à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro de relação jurídico-contratual de unidade hospitalar privada com a Administração Pública, em razão de sua atuação no âmbito da assistência complementar à saúde. 3. Se quando a rede pública presta serviços a pacientes beneficiários de planos de saúde privados, tais operadoras de plano de saúde realizam o ressarcimento da rede pública com base na tabela TUNEP, justo que, em atenção ao princípio da razoabilidade, proporcionalidade e isonomia, quando as unidades hospitalares privadas atuarem no âmbito da assistência complementar à rede pública de saúde, nos termos do § 1º do art. 199 da Constituição, o SUS venha a ressarcilas com base nessa mesma tabela. (AC 1018549-31.2018.4.01.3400, Rel. Desembargador Federal Souza Prudente, Quinta Turma, julg. 24/06/2020). 4. Verificando-se manifesta discrepância entre os valores previstos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP, elaborada pela Agência Nacional de Saúde Complementar ANS para uniformização dos valores a serem ressarcidos ao SUS pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, e aqueles constantes da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde SUS, impõe-se a revisão dos valores dos serviços prestados pelo hospital privado em assistência complementar à saúde, de modo a preservar-se equilíbrio econômico-financeiro da relação contratual, sendo medida que se alinha aos princípios da isonomia, da razoabilidade e da proporcionalidade e que encontra amparo no art. 26 da Lei 8080/90. 5. Não prospera a alegação de não haver direito à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato por não ter a parte autora comprovado a existência de contrato administrativo formalizado perante a União, tendo em vista que foram colacionados aos autos documentos que comprovam a efetiva prestação de serviços de saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) por parte do autor. 6. Tampouco merece amparo o argumento da União de que não caberia a revisão do contrato à vista da possibilidade de o autor apenas desconstituir o vínculo contratual com a União, dado que tal alegação não soluciona a questão relativa ao desequilíbrio existente entre o que se paga e o que se recebe como pagamento pelos mesmos serviços prestados, de um lado, pela União, de outro, pelo particular. (AC 1007086-58.2019.4.01.3400, Rel. Desembargador Federal Jirair Aram Meguerian, Sexta Turma, julg. 01/06/ 2020). 7. Apelação da União e remessa necessária a que se nega provimento. 8. Honorários advocatícios fixados sobre o proveito econômico, nos percentuais mínimos de cada faixa dos incisos do §3º do art. 85 do CPC, a serem apurados na liquidação do julgado, nos termos do art. 85, §4º, II, do CPC, com majoração de 2% (art. 85, §11, do CPC). (AC 1042048-10.2019.4.01.3400, JUIZ FEDERAL ROBERTO CARLOS DE OLIVEIRA (CONV.), TRF1 - QUINTA TURMA, PJe 02/07/2021 PAG.).

Grifei

REAJUSTE DA TABELA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES DO SUS. PRELIMINARES DE ILEGITIMIDADE PASSIVA DA UNIÃO E FORMAÇÃO DE LITISCONSÓRCIO PASSIVO NECESSÁRIO REJEITADAS. EQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO. NOTAS TÉCNICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. INEXISTÊNCIA DE DIREITO ADQUIRIDO A ÍNDICES ESPECÍFICOS. I - Nos termos do art. 26, caput, e respectivos §§ 1º e 2º, c/c o art. 9º, I, da Lei nº 8.080/90, compete à União Federal, por intermédio do Ministério da





Saúde, estabelecer os critérios e os valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). II - Na espécie, em que se busca a correção da tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares do referido sistema, afigura-se manifesta a legitimidade passiva ad causam exclusiva da União Federal, não se vislumbrando, por conseguinte, a necessidade de formação de litisconsórcio passivo necessário com as demais unidades da federação. III Constatada, como no caso, a flagrante discrepância entre os valores previstos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP elaborada pela Agência Nacional de Saúde Complementar ANS para uniformização dos valores a serem ressarcidos ao SUS pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e aqueles constantes da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde SUS, impõe-se a uniformização de tais valores, de forma que, para um mesmo procedimento médico, no âmbito do SUS, o pagamento devido às unidades hospitalares que o efetuaram se realize pelo mesmo montante cobrado às operadoras de planos privados de assistência médica, prestigiando-se, assim, os princípios da razoabilidade, da proporcionalidade, da isonomia de tratamento e da segurança jurídica. IV - Apelação e remessa oficial desprovidas. Sentença confirmada. (AC 1018549-31.2018.4.01.3400, DESEMBARGADOR FEDERAL SOUZA PRUDENTE, TRF1 - QUINTA TURMA, PJe 01/07/2020 PAG.).

Grifei

Por fim, a Suprema Corte, no julgamento do RE 666.094, reconheceu Repercussão Geral – Tema 1.033, sobre a presente matéria, *verbis*:

DIREITO CONSTITUCIONAL E SANITÁRIO. RECURSO EXTRAORDINÁRIO. RESSARCIMENTO DE UNIDADE PRIVADA DE SAÚDE. TABELA SUS. REPERCUSSÃO GERAL. 1. A decisão recorrida condenou o Distrito Federal a pagar a estabelecimento privado de saúde o valor referente a serviços prestados em cumprimento de ordem judicial. 2. Constitui questão constitucional relevante definir se a imposição de pagamento pelo Poder Público de preço arbitrado pela unidade hospitalar viola o regime de contratação pública da rede complementar de saúde (art. 199, §§ 1º e 2º, da CF/1988), ou se o ressarcimento com base em preço tabelado pelo SUS ofende princípios da ordem econômica. 3. Repercussão geral reconhecida. (RE 666094 RG, Relator(a): ROBERTO BARROSO, Tribunal Pleno, julgado em 21/02/2019, DJe-282 DIVULG 17-12-2019 PUBLIC 18-12-2019).

Grifei

Ocorre que em **30.09.2021**, cujo Acórdão foi publicado em 04.02.2022, foi julgado o mérito do tema, sendo fixada a seguinte tese: “o ressarcimento de serviços de saúde prestados por unidade privada em favor de paciente do Sistema Único de Saúde, em cumprimento de ordem judicial, deve utilizar como critério o mesmo que é adotado para o ressarcimento do Sistema Único de Saúde por serviços prestados a beneficiários de planos de saúde”:

DIREITO CONSTITUCIONAL E SANITÁRIO. RECURSO EXTRAORDINÁRIO. REPERCUSSÃO GERAL. IMPOSSIBILIDADE DE ATENDIMENTO PELO SUS. RESSARCIMENTO DE UNIDADE PRIVADA DE SAÚDE. 1. Em razão da ausência de vaga na rede pública, decisão judicial determinou o atendimento de paciente em hospital privado, às expensas do Poder Público. Discute-se, no presente processo, o critério a ser utilizado para esse ressarcimento. 2. O acórdão recorrido fixou o reembolso no montante cobrado pelo estabelecimento hospitalar privado, que considerou ser o valor praticado no mercado. O Distrito Federal, por sua vez, postula no presente recurso que o valor do ressarcimento tenha como limite a Tabela do SUS. 3. A Constituição admite duas



modalidades de execução de serviços de saúde por agentes privados: a complementar e a suplementar. A saúde complementar designa ações e serviços de saúde que a entidade privada mediante convênio com o Poder Público e sujeitando-se às regras do SUS. 4. A saúde suplementar, por sua vez, abrange atividades de profissionais de saúde, clínicas, hospitais particulares e operadoras de planos de saúde que não têm uma relação negocial com o Poder Público, sujeitando-se, apenas, à regulação da Agência Nacional de Saúde – ANS. 5. O ressarcimento, segundo as diretrizes e valores do SUS, a um agente privado que não aderiu ao sistema público pela celebração de convênio, viola a livre iniciativa (CF, art. 170, caput) e a garantia de propriedade privada (CF, arts. 5º, XXII e 170, II). Por outro lado, a execução privada do serviço de saúde não afasta sua relevância pública (CF, art. 177). 6. Diante disso, é razoável que se adote, em relação ao ressarcimento da rede privada, o mesmo critério utilizado para ressarcimento do Sistema Único de Saúde por serviços prestados a beneficiários de planos de saúde. Até dezembro de 2007, tal critério era a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP. Após, passou a ser a Tabela do SUS, ajustada de acordo com as regras de valoração do SUS e multiplicada pelo Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR. 7. Os valores de referência constantes da TUNEP, bem como o IVR multiplicador da Tabela do SUS, são fixados pela ANS, que tem o dever de atuar como árbitro imparcial do sistema. Naturalmente, sempre poderá ser feita uma avaliação da existência efetiva e razoabilidade dos tratamentos adotados. 8. Recurso extraordinário provido em parte, com a fixação da seguinte tese de julgamento: “O ressarcimento de serviços de saúde prestados por unidade privada em favor de paciente do Sistema Único de Saúde, em cumprimento de ordem judicial, deve utilizar como critério o mesmo que é adotado para o ressarcimento do Sistema Único de Saúde por serviços prestados a beneficiários de planos de saúde”. (RE 666094, Relator(a): ROBERTO BARROSO, Tribunal Pleno, julgado em 30/09/2021, PROCESSO ELETRÔNICO REPERCUSSÃO GERAL - MÉRITO DJe-020 DIVULG 03-02-2022 PUBLIC 04-02-2022).

Grifei

Já em relação ao ressarcimento dos valores quando o beneficiário de um plano de saúde utiliza o serviço de saúde do SUS, verifico que há procedimento próprio a ser seguido tanto pelas entidades privadas, como também pela ANS até os recursos chegarem ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, nos termo da Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade e, simultaneamente, das disposições da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras



características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

- a) custeio de despesas;
- b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
- c) reembolso de despesas;
- d) mecanismos de regulação;
- e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
- f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.

Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32.

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS.

§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.

§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o 15º (décimo quinto) dia da data de recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS.

§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:

I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;

II - multa de mora de dez por cento.

§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.

§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.

§ 7º A ANS disciplinará o processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo, cabendo-lhe, inclusive, estabelecer procedimentos para cobrança dos valores a serem ressarcidos.

§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.

§ 9º Os valores a que se referem os §§ 3º e 6º deste artigo não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal.

Grifei

Nesse caso, às entidades privadas, sejam Hospitais, laboratórios, clínicas etc, são obrigadas a fornecer, periodicamente, à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem. Desse modo, cabe à ANS proceder ao ressarcimento dos serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS. Assim, o ressarcimento será efetuado pelas entidades privadas ao SUS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, até o 15º dia da data do recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS.

Importante ressaltar que os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos, bem como não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal.

Diante disso, evidencia-se o dever da União em efetuar o repasse ao município autor de todas as despesas médicas por ele suportadas quando suas unidades de saúde realizam atendimento de pacientes detentores de planos de saúde ao final do processo administrativo instaurado entre as operadoras de saúde e a ANS, haja vista que os valores são recolhidos aos cofres do Fundo Nacional de Saúde – FNS, bem como o seu dever de compartilhar em quotas iguais os valores ressarcidos ao Sistema Único de Saúde (SUS), que ocorre quando os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde são realizados em instituições privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do sistema público.

III – DISPOSITIVO

Forte em tais razões, **JULGO PROCEDENTES OS PEDIDOS** para: **determinar** que a União promova em favor do município autor a revisão da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SUS, aplicando-se no mínimo a tabela TUNEP para os procedimentos existentes naquela tabela ou na sua ausência o Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR, aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares que tenham valores defasados para com a tabela SUS, por ser a primeira uma tabela mais recente, e apresentar um custo unitário mais atual; **determinar** que a União repasse ao município autor a integralidade dos valores ressarcidos ao Sistema Único de Saúde (SUS), que ocorreu quando os





*atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde foram realizados na rede hospitalar própria municipal, integrantes do sistema público, observando-se os limites dos contratos celebrados conforme artigo 32 da Lei nº 9.656/1998, atualmente ressarcidos exclusivamente a União; e **determinar**, ainda, que a União compartilhe em quotas iguais os valores ressarcidos ao Sistema Único de Saúde (SUS), que ocorre quando os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde são realizados em instituições privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do sistema público, observando-se os limites dos contratos celebrados, conforme artigo 32 da Lei 9.656/1998, atualmente ressarcidos exclusivamente a União.*

Todas as determinações serão apuradas em sede de liquidação de sentença por arbitramento, nos termos dos arts. 491, § 1º e 509, inciso I, ambos do CPC.

CONDENO, ainda, a parte ré ao pagamento dos valores retroativos contados do ajuizamento da presente ação, respeitando a prescrição quinquenal, aplicando-se no mínimo a tabela TUNEP para os procedimentos existentes naquela tabela ou na sua ausência o Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR, aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares que tenham valores defasados para com a tabela SUS, por ser a primeira uma tabela mais recente, e apresentar um custo unitário mais atual, bem como o repasse ao município autor da integralidade dos valores ressarcidos ao Sistema Único de Saúde (SUS), que ocorreu quando os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde foram realizados na rede hospitalar própria municipal, integrantes do sistema público, observando-se os limites dos contratos celebrados conforme artigo 32 da Lei nº 9.656/1998, e de compartilhar em quotas iguais os valores ressarcidos ao Sistema Único de Saúde (SUS), que ocorre quando os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde são realizados em instituições privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do sistema público, observando-se os limites dos contratos celebrados, conforme artigo 32 da Lei 9.656/1998, cuja atualização monetária incidirá de acordo com os parâmetros fixados pelo Manual de Cálculos da Justiça Federal, tudo isso a ser apurado em liquidação de sentença.

Registro que, em fase de liquidação de sentença, deverá o autor apresentar os documentos referentes aos procedimentos médicos realizados e os respectivos valores, conforme as tabelas em comento, com o objetivo de individualizar os pagamentos que foram realizados a menor.

CONDENO a parte ré, ainda, na verba honorária de sucumbência, bem como em custas processuais em ressarcimento, devendo o percentual mínimo ser fixado após a liquidação do presente julgado, nos termos do art. 85, §§3º e 4º, II do CPC.

Resolvo o mérito, nos termos do art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

Sentença sujeita à remessa necessária.

Publique-se. Intimem-se.

Sentença registrada eletronicamente.

Brasília, assinado na data constante do rodapé.





(assinado digitalmente)

BRUNO ANDERSON SANTOS DA SILVA

Juiz Federal Substituto da 3ª Vara Federal/SJDF

1 Art. 355. O juiz julgará antecipadamente o pedido, proferindo sentença com resolução de mérito, quando:

I - não houver necessidade de produção de outras provas;

